



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANO LETIVO 2014/2015 – 4.º ANO

Autor: Stefânia Silva Fortes, N.º 2655

Mindelo, Novembro 2015

Trabalho a ser apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

Intervenções de Enfermagem as Crianças com Deficiência Auditiva

Discente:

Stefânia Silva Fortes

Orientadora:

Fonoaudióloga Ema Aracy Oliveira Soares

Mindelo, Novembro de 2015

DEDICATÓRIA

Eu dedico este trabalho primeiramente à minha filha aos meus pais Orlando e Fátima, que sempre me incentivaram e deram total apoio na minha escolha profissional e em toda minha formação pessoal, e a todos os meus familiares que participam do meu crescimento humano e profissional. Dedico também a meus colegas de curso e agora amigos de profissão, com quem fiz grandes amizades e que somente acrescentaram em minha vida. Um muito obrigado a todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que me deu coragem, paciência e sabedoria para realizar este trabalho, e superar mais esta fase da minha vida.

Aos meus pais amados, Orlando Francisca Fortes e Maria de Fátima da Cruz Silva, pelo amor e apoio incondicional, pois, se hoje eu consegui mais essa vitória, foram eles que me deram condições para alcançá-la.

Ao meu irmão Ernesto Silva Fortes, que muito me ajudou, me incentivou para a realização deste trabalho.

Às minhas queridas Irmãs, Danisia Fortes, Dirlene Silva, Etelvina Silva, Suzilene Fortes e que sempre me apoiaram e muito me ajudaram.

A minha orientadora, que apesar dos contratempos sempre esteve disponível para me ajudar, pela contribuição na elaboração deste trabalho.

À todas as pessoas que de uma forma ou outra me apoiaram nessa caminhada.

RESUMO

O presente estudo com caris científico intitulado, “Intervenções de Enfermagem às Crianças com Deficiência Auditiva”, tem como questão de investigação quais as estratégias adoptadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem as crianças com deficiência auditiva no Serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa?

Na tentativa de dar resposta a pergunta de partida traçou-se o seguinte objectivo geral descrever as estratégias adoptadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às crianças com deficiência auditiva no serviço de pediatria do Hospital Baptista Sousa. A audição é o sentido que nos permite perceber os sons sua perda pode ser parcial ou total podendo ser congénita ou adquirida. A linguagem preconizada como melhor forma de comunicação com deficientes auditivos é a linguagem de sinais.

A metodologia adoptada teve carácter descritivo e exploratório com análise qualitativa. Os sujeitos do estudo foram cinco enfermeiros do serviço de pediatria do Hospital Baptista Sousa. A colecta de dados foi realizada nos meses de Julho a Agosto de 2015 através de entrevista semiestruturada. Após a discussão e análise dos dados, os mesmos foram agrupados conforme os objectivos do estudo, resultando em três categorias: I – caracterização geral; II – percepção dos enfermeiros em relação a deficiência auditiva; III – atendimento do deficiente auditivo. Os resultados demonstraram que a principal limitação encontrada pelos enfermeiros é a barreira na comunicação e que necessitam aprimorar seu conhecimento na comunicação com o deficiente auditivo a fim de prestar um cuidado individualizado a estes utentes. Cabe salientar que os enfermeiros demonstraram não terem formação na área da deficiência, tendo que criar suas estratégias na comunicação com as crianças com deficiência auditiva. No entanto, relataram que, durante sua vida académica e profissional, não receberam informações específicas sobre como cuidar e se comunicar com as crianças com deficiência auditiva, o que gerou uma limitação de conhecimentos. Conclui-se com este estudo que os enfermeiros de São Vicente estão fracamente capacitados para o atendimento de crianças com deficiência auditiva. E que a barreira na comunicação é a principal causa para que haja lacunas quanto as intervenções de enfermagem.

Palavras-chaves: Deficiência Auditiva, Comunicação, Intervenções de Enfermagem, Estratégias no Atendimento

ABSTRACT

This study with investigative and scientific curries whose theme is Nursing Interventions for Children with Hearing Loss, aims to address the care relationship between mailers with hearing disability and health professionals. The most humane way, of nurses to care for users with hearing deficiency, would be qualified, ie, having training in the area, so this care occurred without barriers and the difficulties in the relationship established with the hearing deficiency could be overcome.

In order to hear, and so the brain can interpret whether a sound with noise or no noise, pleasant or unpleasant, the hearing, which is the body responsible for sound, must be healthy. Therefore, where that body is with a defect, it is said that there is a hearing deficiency. However, to make the etiological diagnosis, it is necessary to consider the risk factors: pre-, peri- and post-natal agents, the clinical status, type of hearing loss and age.

Besides the theoretical part, that is, after an extensive bibliographic revision on the subject, this study followed a practice face, field interviews and analysis of results to validate the research. With this, achieving the proposed goals and responding to the starting question.

This research was conducted at the pediatric service of the Hospital Baptista de Sousa, with a target population of 5 nurses the same service. All participants signed a consent form for the interviews with semi-structured questions.

The interview also revealed a barrier in communication between the two subjects who have different linguistic forms, because of a certain confusion in distiguir signs and gestures.

It is important to note that both nurses and the institution is responsible for creating conditions for improving the care of children with hearing deficiency.

Lista de Abreviaturas

ACS- Associação Cabo-Verdiana de Surdos

CSRBV- Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista

CV- Cabo Verde

Db- Decibéis

HBS-Hospital Baptista Sousa

INE- Instituto Nacional de Estatísticas

MED-Ministério da Educação e do Desporto

S.V- São Vicente

Conteúdo

INTRODUÇÃO.....	11
Problemática/ Justificativa do Tema.....	13
Objectivos.....	16
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
REVISÃO BIBLIOGRAFICA	18
A Anatomia e Fisiologia do Ouvido.....	18
O Deficiente Auditivo e a Sociedade	20
O Desenvolvimento da Criança e a Deficiência Auditiva.....	21
Causas de Deficiência Auditiva Condutiva.....	24
As causas da deficiência auditiva neurossensorial	24
Classificação Quanto ao Grau:	25
Diagnóstico.....	26
Critério de risco para comprometimento auditivo neurossensorial em crianças	27
Manifestações Clínicas de Comprometimento Auditivo.....	29
A Importância e as formas de Comunicação das Crianças com Deficiência Auditiva ...	29
As Implicações Psicossociais da Deficiência Auditiva nas Crianças.....	32
O factor psicológico.....	33
O factor sociológico.....	33
A Família: Sentimentos e Reacções diante da Deficiência Auditiva.....	35
A Enfermagem na Prevenção da Deficiência Auditiva	37
Intervenções de Enfermagem as crianças portadoras de deficiência auditiva.....	38
Plano de Cuidados de Enfermagem.....	41
CAPÍTULO II – PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	46
METODOLOGIA.....	47
Tipo de estudo	47

População-Alvo	47
Campo Empírico.....	48
Instrumento de colheita de dados	48
Procedimentos éticos e legais:	49
Capítulo III - Fase Empírica	50
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	51
Discussão dos Resultados.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
Propostas.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICE.....	ix
Anexos I.....	xv
ANEXO II	xvi

INTRODUÇÃO

O presente trabalho académico, cujo tema é “Intervenções de Enfermagem as Crianças com Deficiência Auditiva” decorreu no âmbito da unidade curricular Seminários Avançados e Investigação Científica realizada na Universidade do Mindelo situada na rua Patrice Lumbumba em Mindelo, com o objectivo de se cumprir um dos requisitos necessários para obtenção do grau de licenciada em enfermagem, no ano lectivo 2014/2015.

O objectivo desse trabalho é obtenção de um estudo de carácter científico da actuação de enfermagem nas crianças com deficiência auditiva, baseando na influência da barreira comunicativa na prestação de cuidados de enfermagem, e do nível de capacitação dos enfermeiros para este tipo de intervenção específico.

Sendo que a comunicação é a ferramenta principal para se estabelecer o relacionamento enfermeiro – utente, e a em Cabo Verde nesta área de conhecimento, torna-se pertinente a realização deste trabalho, pois contribuirá para aumentar o grau de conhecimento aos demais enfermeiros que mais tarde ou mais cedo depararão com uma situação de atendimento de um paciente deficiente auditivo.

A deficiência de uma forma geral foi evoluindo ao longo do tempo nas sociedades, isto é, antigamente as pessoas com deficiência eram marginalizadas pela sociedade devido a sua diferença o que levou a sua exclusão. Ao longo dos tempos esse conceito foi sofrendo alterações e os deficientes hoje já não são marginalizados, mas existe ainda muito preconceito.

Existe diferentes tipos de deficiência, nomeadamente deficiências motoras, deficiência mental, deficiências sensoriais que incluem a deficiência auditiva e a deficiência visual, paralisia cerebral e retardamento mental, deficiências físicas e intelectuais graves. Neste estudo o foco incide-se na deficiência auditiva em crianças.

As crianças assim como as outras pessoas têm os seus direitos salvaguardados na constituição, e estes devem ser cumpridos pela família e pela sociedade onde ela se encontra inserida. Isso também se aplica as crianças com deficiência auditiva, em que os seus direitos devem ser respeitados por todos.

A óptica de vários autores a deficiência auditiva ocorre quando há diminuição ou incapacidade de audição, que pode ser congénita ou adquirida. As deficiências auditivas são classificadas quanto ao local, grau e intensidade dos sintomas, sendo que quanto ao local podem ser condutivas, neurossensorial, mistas e quanto ao grau podem ser mínimas, moderadas, severas ou profundas e quanto a intensidade dos sintomas podem ser discretas, leve a moderado acentuado, intenso ou profundo.

Assim sendo, o diagnóstico de perda auditiva envolve o grau e tipo da perda, e depende do grau de colaboração do paciente nos exames que podem ser objectivos ou subjectivos.

A intervenção da enfermagem não cinge a fase da doença, ou seja na presença da deficiência, alcança um patamar superior e extremamente importante que é a prevenção da deficiência auditiva. Esta fase começa no primeiro contacto com as gestantes, identificando factores de risco para perda auditiva e incentivando as estratégias de prevenção da perda auditiva. É de realçar que após o nascimento da criança, o enfermeiro é o primeiro profissional a avaliar a criança e é quem o acompanha durante todo o seu crescimento e desenvolvimento podendo ser quando bem treinado, o primeiro profissional a identificar factores de risco que justifique o seguimento da criança nas consultas de fonoaudiologia, e assim contribuir para um diagnóstico precoce das perdas auditivas.

Perante a confirmação do diagnóstico de perda auditiva, normalmente os pais apresentam sentimentos e reacções tais como negação, choque, raiva, culpa e superprotecção necessitando de apoio para poder lidar com esta situação.

Quando se faz a avaliação da criança com deficiência auditiva o enfermeiro traçará diagnósticos de enfermagem que vão de encontro com as necessidades do utente e assim poder planificar um plano de cuidados de enfermagem com intervenções pertinentes a cada caso, com o intuito de ajudar tanto a família como o deficiente auditivo a ter uma melhor qualidade de vida.

No capítulo 1 faz-se um enquadramento teórico sobre o tema, clarificando alguns conceitos pertinentes para o estudo. O segundo capítulo, constitui o percurso metodológico, onde é feito a descrição dos procedimentos para realização do estudo, incluindo também a descrição do público-alvo e local de realização. Debruça-se ainda sobre as questões éticas e legais necessários para realização de um trabalho científico. Foi utilizado um estudo do tipo qualitativo, com abordagem descritiva e recolha de

informações por meio de entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas. O público-alvo escolhido foram os enfermeiros do serviço de pediatria do Hospital Baptista Sousa que demonstraram interesse em compartilhar informações referentes ao seu percurso profissional.

O terceiro capítulo refere-se a fase empírica onde fez-se a interpretação dos dados que possibilitaram as conclusões do estudo. Ainda nesse capítulo, inclui as considerações finais do estudo, as propostas, as revisões bibliográficas, os apêndices e os anexos.

Problemática/ Justificativa do Tema

A escolha do tema vai de encontro com o interesse pessoal, e a curiosidade despertada durante os ensinamentos clínicos realizados no Hospital Baptista Sousa, onde o interesse por esta problemática emergiu pelas questões intrinsecamente ligadas a comunicação entre o enfermeiro e o utente deficiente auditivo numa situação específica de prestação de cuidados de saúde.

A pertinência do tema surge pelo facto do investigador se questionar sobre como os enfermeiros podem dar uma assistência de qualidade as crianças com deficiência auditiva, se existe uma barreira na comunicação, pois naturalmente a criança deficiente auditiva pode ter dificuldade em transmitir as suas queixas ao enfermeiro, e este não perceber a forma comunicativa utilizada pelo surdo. Além disso, muitas dessas crianças surdas não são oralizadas, pois a maioria delas não possuem aparelho auditivo que em certos casos possibilita a audição e com o treinamento auditivo a aquisição da linguagem Oral. O aparelho auditivo pode ser usado uni ou bilateralmente dependendo da presença de perda uni ou bi lateral, e tem como função a amplificação sonora. É um equipamento caro, e a situação socioeconómica dos familiares normalmente não permite a sua aquisição. Além disso podemos acrescentar que o sector público de saúde em Cabo Verde ainda esta muito pouco preparada para detectar precocemente as perdas auditivas e possui poucos equipamentos para isso. Em São Vicente a detecção das perdas auditivas tem sido feita principalmente no serviço de otorrinolaringologia do Hospital Baptista de Sousa, e recentemente a actuação fonoaudiológica no centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista também tem dado seu contributo nesta área, através das triagens auditivas e na realização de exames subjectivos da audição como a Avaliação Auditiva comportamental.

Aplicando o princípio básico da enfermagem que é o atendimento de todos os utentes independentemente da sua raça, cultura, condição social, condição física, psicológica, os

deficientes auditivos devem ser acolhidos e tratados pelos enfermeiros sem nenhum pré-conceito nem discriminação, visto como um todo e não como um deficiente.

Segundo dados disponibilizadas pela fonoaudióloga podemos constatar que são poucas crianças com deficiência auditiva que já passaram pelo centro de saúde reprodutiva da bela vista e muitas delas não podem ter treinamento auditivo para serem oralizadas pois não possuem aparelho auditivo. Passaram pelo centro desde 2011, quatro crianças com diagnóstico confirmado e cinco casos com suspeita de deficiência auditiva.

Sendo que Cabo Verde (CV) ainda não possui um código unificado de língua gestual adaptado a realidade da mesma, os deficientes auditivos criam os seus próprios gestos para tentarem comunicar com as outras pessoas. Assim há a necessidade de se criar um código unificado de língua gestual, dar formação aos enfermeiros sobre a língua gestual para que no momento do atendimento a criança com deficiência auditiva poder entende-la e dar-lhe um atendimento de qualidade e humanizado.

Em S.V existe uma sala de surdos que fica situada na escola de Ribeira Bote e é constituída por 12 alunos, sendo 5 masculinos e 7 femininos, na faixa etária entre 6 a 19 anos, do 1º ao 5º ano. Na ilha de Santiago existe uma outra sala de surdos que fica situada em Achada Santo António, cidade da Praia, tem turmas especiais para alunos surdos em que na mesma sala funcionam duas turmas compostas, separadas em que numa sala há dez alunos entre os 8 e os 16 anos de idade, do 2.º, 3.º e 6.º ano de escolaridade, e a outra sala com sete alunos do 4.º e 5.º anos, e idades compreendidas entre os 11 e os 15.

Enquanto na sala de surdos de S.V estão tentando criar um código único adaptado com a realidade da ilha, em Santiago estão usando a língua gestual adaptado de Portugal, se cada ilha criar o seu código para a língua gestual, não haverá um código unificado para todas as ilhas e isso trará problemas aos surdos, se precisarem deslocar para as outras ilhas. Com a criação de um código unificado de língua gestual, haverá a necessidade de dar formação aos enfermeiros nessa área, e essa iniciativa deve partir da instituição e dos próprios enfermeiros e obterem mais uma qualificação para melhorar o atendimento dessas crianças.

Complementando a pertinência do tema achou-se relevante mostrar dados sobre os deficientes auditivos a nível mundial como também em CV. Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas, existem no mundo cerca de 600 milhões de pessoas portadoras de deficiência onde cerca de 180 milhões são crianças, em que pelo menos 400

milhões dessas encontram-se nos países em via de desenvolvimento e cerca de 80 milhões vivem no continente africano (Instituto Nacional de Estatística, 2000, p. 14).

Cabo Verde mesmo sendo um país sem guerra e sem catástrofes vem aumentando o número da população portadora de deficiência, como possíveis causas para esse aumento poderá ser acidente de trabalho, de viação, algumas doenças como paralisia cerebral, epilepsia, isso devido aos fracos recursos em termos de respostas a nível do país que muitas vezes tem de recorrer à cooperação internacional para evacuação dos pacientes. Segundo o censo de 2000, 3,2% da população do país são pessoas com deficiência equivalendo, portanto, a 13.948 pessoas.

Segundo o censo (Instituto Nacional de Estatística, 2000, p.15), que foi realizado pelo Instituto Nacional de Estatísticas (INE) constatou-se que aproximadamente 14.000 pessoas, o que corresponde 3,2% da população do país, são pessoas com deficiência. E que desse número de deficiência, 52% é motora o que inclui a paralisia cerebral, paralisia total e paralisia dos membros ou dos lados, 7% representa a deficiência múltipla que é a combinação de duas ou mais deficiências e 41% é relativo a outras deficiências tais como cegueira, surdez e a mudez.

Ainda de acordo com o censo de 2010 existe em Cabo Verde 682 crianças com deficiência auditiva, em que em São Vicente e em Santiago desenvolveu-se desde 2008 um projecto intitulado Projecto Sala de Surdos, numa experiência promovida pela Associação Cabo-verdiana de Surdos (ACS) em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto (MED), com o objectivo desenvolver a capacidade linguística dessas crianças criando um código único para o desenvolvimento da língua gestual adaptado a realidade do nosso país.

De acordo com a problemática as várias questões que surgiram e na tentativa da clarificação da forma como os utentes com deficiência auditiva e os enfermeiros conseguem estabelecer comunicação e a forma com os enfermeiros intervém perante estas situações decidiu-se para elaboração do trabalho a seguinte pergunta de partida: quais as estratégias adoptadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem as crianças com deficiência auditiva no Serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa (HBS)?

Objectivos

Na tentativa de dar resposta a pergunta de partida traçou-se o seguinte objectivo geral: descrever as estratégias adoptadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às crianças com deficiência auditiva no serviço de pediatria do Hospital Baptista Sousa;

Objectivos específicos:

- ❖ Compreender a importância da comunicação enfermeiro-utente para um atendimento efectivo entre a criança com deficiência auditiva e o enfermeiro;
- ❖ Conhecer as percepções dos enfermeiros quanto ao atendimento das crianças com deficiência auditiva;
- ❖ Identificar as limitações encontradas pelos enfermeiros para a prestação de cuidados as crianças com deficiência auditiva;

CAPITULO I – ENQUADRAMETNO TEÓRICO

Para melhor compreensão do trabalho, considera-se pertinente fazer um enquadramento teórico sobre o mesmo, clarificando alguns conceitos relacionados com o tema desenvolvido. É de realçar que não se podia entrar no tema da deficiência auditiva sem antes falar da anatomia e fisiologia do ouvido.

REVISÃO BIBLIOGRAFICA

O ouvido é o órgão que possibilita a comunicação entre os homens. É por intermédio da linguagem que o homem consegue organizar o seu universo, entender o mundo a seu redor, compreender o outro, transmitir e abstrair pensamentos e sentimentos, interagir no meio e adquirir conhecimento.

Nas crianças, “audição é essencial para a aquisição da linguagem oral, uma vez que é pela interação com o outro, que já detém linguagem, que a criança conseguirá entender o seu universo, compreender seus semelhantes, desenvolver e organizar pensamentos e sentimentos e adquirir conhecimento” Roslyng-Jensen (1997) *apud* Boscolo (2005,p.31).

Gregory (1995,p.74) afirma que sem “a audição o indivíduo perde a mais vital das estimulações, isto é, o som da voz que traz a linguagem e o pensamento activo. A vida da criança surda é empobrecida de sons comuns à criança ouvinte, tais como a música, o canto dos pássaros ou a buzina de um carro.”

A Anatomia e Fisiologia do Ouvido

O ouvido é um sentido muito importante, pois passamos muito tempo a falar e a ouvir e a capacidade de escutar permite receber informações de forma rápida e eficaz, contribuindo para a orientação do corpo no espaço.

Gray (2005, p.875) diz que:

“orelha ou órgão de audição é dividido em: orelha externa, orelha média ou cavidade timpânica e orelha interna ou labirinto. Os estímulos sonoros produzem as vibrações que são conduzidos pelo ouvido médio até a perlinfa onde as vibrações vão ser conduzidas à endolinfa que é um líquido composto no ouvido interno que vai envolver o órgão de Corti, sendo neste órgão encontrados os receptores auditivos que tem como função de captar os estímulos sonoros e transmiti-los para o córtex auditivo e o sistema nervoso central vai decodificá-los”.

O mesmo autor (p.875) refere a divisão do ouvido dizendo que:

- ❖ Ouvido externo: conduto auditivo é o canal que conduz as ondas sonoras que vibram no meio aéreo (mira gasosos);

- ❖ O ouvido médio: se constitui pelo tímpano ou membrana timpânica, que vibra com as ondas sonoras que chegam do conduto, o tímpano fica quase encostado do assícula martelo, transmite sua vibração para ele, o martelo vibra a bigorna, que por sua vez vibra o estribo, pois esses assículos se articulam.
- ❖ O ouvido interno: quando a vibração do estribo chega a janela oval, é transmitido para a endolifa em líquido que preencheu o ouvido interno.
- ❖ A cólclea: é a região responsável pela audição, fina caixa óssea em forma de espiral e pertence ao osso temporal. É revestido inteiramente por uma membrana que contém neurônios os detritos desses neurônios captam as vibrações das ondas sonoras que se propagam na endolifa transformando, se em impulsos nervosos, e estes são enviados ao cérebro por um ramo do nervo auditivo.

Boscolo (2005,p.32) salienta ainda que:

“o sistema auditivo periférico consiste basicamente em duas partes: a periférica (composto pela orelha externa, orelha média e orelha interna) e a central (formada pelas vias do tronco cerebral e centros auditivos do cérebro). A orelha externa tem como função principal captar o estímulo sonoro e levá-lo à orelha média. A orelha média amplifica e conduz o som até a orelha interna. A orelha interna recebe este estímulo e o transforma em impulsos nervosos. Os impulsos nervosos serão enviados ao cérebro pelo nervo auditivo. É no cérebro, portanto, que se dará a compreensão do foi escutado.”

Reafirma ainda que (p.33) “o sistema auditivo periférico consiste basicamente em duas partes: a periférica (composto pela orelha externa, orelha média e orelha interna) e a central (formada pelas vias do tronco cerebral e centros auditivos do cérebro).”

A orelha externa tem como função principal captar o estímulo sonoro e levá-lo à orelha média. A orelha média amplifica e conduz o som até a orelha interna. A orelha interna recebe este estímulo e o transforma em impulsos nervosos. Os impulsos nervosos serão enviados ao cérebro pelo nervo auditivo. É no cérebro, portanto, que se dará a compreensão do foi escutado (*ibidem*).

Para que o indivíduo escute e compreenda apropriadamente o sistema auditivo terá que estar íntegro. A audição é essencial em nossas vidas, desempenhando um papel fundamental na comunicação humana, pois através dela é possível perceber os sons do ambiente e a fala.

O Deficiente Auditivo e a Sociedade

O conceito de deficiente auditivo sofreu alterações ao longo dos tempos, durante muitos anos, os indivíduos portadores de deficiências eram considerados pela sociedade como sendo aberrações da natureza. Estes eram consequentemente associados à imagem do diabo e a actos de feitiçaria por serem diferentes dos restantes membros da sociedade.

Na visão de Carvalho (2007, p. 38) “para o Egipto os surdos eram adorados, considerados como criaturas sobrenaturais, tratadas como deuses, os consideravam como uma divindade, uma espécie de mediador entre Faraó e os homens.”

Na Grécia eram considerados inválidos e estorvos para a sociedade, então eram condenados a morte, laçados do alto do topo dos rochedos, Aristóteles foi o que mais destacou a deficiência por considerar que quem não falava, não possuía a linguagem nem tão pouco formava o pensamento, sem a audição os surdos ficavam longe dos ensinamentos e com isso, não adquiriam o conhecimento tão valorizado por essa civilização (Sêneca, *apud* Silva, 1986, p. 129).

Os Romanos privavam os surdos de direitos legais, não podiam se casar e não herdavam os bens da família e diante da religião, a igreja católica considerava os surdos sem salvação, ou seja, não iriam para o reino de Deus após a morte. Pode-se dizer que a condição do sujeito surdo era a mais miserável de todas, pois a sociedade os considerava como imbecis, anormais, incompetentes (Ovídeo, 2006, p. 55).

Na Idade Média, como a sociedade era muito voltada à Igreja e às ideias religiosas começou a ser divulgadas, principalmente depois que Jesus curou uma pessoa surda segundo o evangelho de Marcos capítulo sete, versus de 31 a 37, a igreja proíbe o infanticídio, então as pessoas começaram a ver o deficiente como alguém que merecia compaixão, deixando-os viver; porém os surdos eram colocados em instituições para serem afastados da sociedade (Berthier, 1984, p.164).

Berthier (1984, p.165) escreveu que:

“inicia a história na antiguidade, relatando as conhecidas atrocidades realizadas contra os surdos pelos espartanos, que condenavam a criança a sofrer a mesma morte reservada ao retardado ou ao deformado: "A infortunada criança era prontamente asfixiada ou tinha sua garganta cortada ou era lançada de um precipício para dentro das ondas. Era uma traição poupar uma criatura de quem a nação nada poderia esperar.”

Para Sasaki (1997, p. 150), “é preciso rever toda a legislação pertinente à deficiência, levando em conta a constante transformação social e a evolução dos

conhecimentos sobre a pessoa deficiente”. Ou seja, mesmo com as leis postas e dizendo o que tem que ser feito, ainda é preciso lutar, interagir com as políticas comunitárias dentro das escolas, das clínicas, dos órgãos públicos visando mudanças as políticas educacionais. A lei fala preferencialmente e não exclusivamente, portanto, dificultando um pouco o acesso dos surdos na educação. Porque muitas vezes os profissionais da área de educação não sabem, e tem medo de enfrentar o que vem pela frente.

Os ouvintes, na antiguidade, consideravam que os surdos não eram seres humanos competentes, pois acreditavam que o pensamento não se podia desenvolver sem a linguagem e que esta não se desenvolvia sem a fala. Portanto, sem a audição, não se ouvia, não se falava e não se pensava. Sendo assim, os surdos não podiam receber ensinamentos, já que não podiam aprender. Esse argumento era usando pelos gregos e pelos romanos, e também privavam surdos que não podiam falar de todos os seus direitos legais. Eles não podiam fazer testamento e eram tidos como incapazes de gerenciar seus actos; perdiam suas condições de seres humanos e eram confundidos com retardados segundo Moura (2000, p.17).

Segue reflexão da autora Sá (2004, p. 3) a respeito da história de surdos: “Em síntese, a história dos surdos, contada pelos não-surdos, é mais ou menos assim: primeiramente os surdos foram „descobertos” pelos ouvintes, depois eles foram isolados da sociedade para serem „educados” e afinal conseguirem ser como os ouvintes; quando não mais se pôde isola-los, porque eles começaram a formar grupos que se fortaleciam, tentou-se dispersa-los, para que não criassem guetos.

Vários são os progressos que se tem desenvolvido a volta dos deficientes auditivos, até que nos encontramos, actualmente, perante uma mentalidade muito mais aberta, justa.

O Desenvolvimento da Criança e a Deficiência Auditiva

O crescimento e o desenvolvimento são indicadores de saúde da criança e constituem o eixo da assistência a sua saúde. As equipes de saúde nomeadamente a de enfermagem devem estar alertas para intervir no processo de crescimento e de desenvolvimento, quando necessário da maneira mais precoce possível.

Na perspectiva de Hockenberry (2006, p. 74) refere que o “crescimento constitui as alterações biológicas que implicam em aumento corporal da criança, manifestadas pelo

aumento do tamanho das células (Hipertrofia), e pelo aumento do número de células (Hiperplasia) ”.

E ainda a mesma autora (p. 74) traz o conceito de “desenvolvimento referindo que é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. A criança desenvolve o controlo neuromuscular, destreza e traços de carácter, funções que só podem ser medidas por meio de provas funcionais”. Referencia-se por: desenvolvimento da linguagem, desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento social e afectivo.

As crianças nascem com o mecanismo e a capacidade de desenvolver a fala e as habilidades de linguagem. Entretanto elas falarão de forma espontânea. A fala requer a estrutura e a função fisiológica íntegras, incluindo a respiratória, a auditiva e a cerebral, além da inteligência e da necessidade de estimulação. O gesto precede a fala, e dessa maneira uma pequena criança comunica-se de modo satisfatório. Em todos os estágios do desenvolvimento da linguagem, a compreensão do vocabulário por parte das crianças é maior do que a expressão (Hockenberry, 2006,p.75)

Ceschin e Roslyng- Jensen (2002, p. 17), definem a deficiência auditiva como “ a perda da habilidade de ouvir, que pode ser causada por qualquer alteração que fuja da normalidade no processo de audição, seja qual for a causa, tipo e intensidade”.

Já o Ministério da Educação e Desporto, (2004, p. 28) vêm dar ênfase ao conceito de deficiência auditiva referindo que é quando há “perda total ou parcial, congénita ou adquirida da capacidade de compreender a fala através do ouvido. Manifesta-se como surdez leve ou moderada, a perda de até 70 decibéis e surdez severa ou profunda a perda auditiva acima de 70 decibéis”.

Por outro, a desvantagem que é a condição social de prejuízo sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma actividade considerada normal tendo em atenção a idade, sexo e os factores socioculturais.

Muitas doenças são mais fáceis de serem diagnosticadas, devido as novas tecnologias aplicadas na Medicina situação que foi melhorando devido aos novos especialistas na área. As causas que foram ocasionando a perda auditiva devem ser analisadas, sendo que são vários os factores que podem desencadeá-la desde as causas hereditárias até as não hereditárias.

Na óptica de Oliveira e Vasconcelos (1990, p. 37) a deficiência auditiva pode ser classificada em congênita ou adquirida em que “a perda auditiva congênita, presente desde o nascimento, pode incluir ou não factores de natureza hereditária. A perda hereditária, transmitida como uma característica dominante ou recessiva, pode estar associada a outros sinais como problemas renais, doenças degenerativas do sistema nervoso, albinismo, retardamento mental e anormalidades metabólicas.”

Ainda estes autores referem que:

“a perda adquirida tem como causa mais comum a meningite; neste caso, ela pode ser desenvolvida após tratada, independentemente de quão rápida e eficientemente a infecção foi debelada. A incidência de perda auditiva após meningite pode chegar a 20% de casos, e a intensidade da perda pode progredir por muitos anos após esta ter sido tratada. Desta forma, crianças acometidas por meningite podem apresentar uma maior deterioração da audição na adolescência. A perda auditiva causada pela exposição excessiva a sons de alta intensidade e o trauma acústico são também exemplos de perda auditiva adquirida (*ibidem*).

Outros autores vêm dar o seu contributo quando a classificação da perda auditiva como é o caso de Ceschin e Roslyng- Jensen (2002, p. 19) que referem que a perda auditiva pode ser classificada quanto ao local, sendo do tipo:

- Condutiva: quando a alteração esta localizada na orelha externa e /ou na orelha media, podendo ser causada por malformações, otites externa e de orelha media, sendo passível de tratamento;
- Neurosensorial: quando a alteração auditiva esta localizada na orelha interna, podendo ser causada por factores genéticos, doenças adquiridas pela mãe no período de gestação, baixo peso ao nascimento, anóxia, traumas no momento do parto, doenças adquiridas pelo bebe (meningite, caxumba) e uso de medicamentos ototóxicos;
- Mista: quando o paciente apresenta alterações auditivas envolvendo duas ou três partes da orelha, existindo, assim, características condutivas e neurosensoriais;
- Classificação quanto ao momento em que ocorrem:

Ainda os mesmos autores (2005, p. 19) referem que as deficiências auditivas podem ser:

- ❖ Congénitas: são aquelas que ocorrem antes ou durante o nascimento;
- ❖ Adquiridas: são aquelas que ocorrem após o nascimento

Ao longo dos tempos a classificação da perda auditiva sofreu alterações, em que de acordo com os autores no ano de 1990 a perda auditiva era classificada apenas como congénita e

adquirida, já no ano de 2002 outros autores vem complementar essa classificação dizendo que pode ser condutiva, neurossensorial e mista.

Causas de Deficiência Auditiva Condutiva

A deficiência auditiva pode ser ocasionada desde agentes externos, como também de infecções que podem atingir o conduto auditivo médio e externo e pode variar de acordo com a extensão da perfuração.

- ❖ Cerume ou corpos estranhos do conduto auditivo externo;
- ❖ Otite externa: infecção bacteriana da pele do conduto auditivo externo;
- ❖ Otite média: processo infeccioso e /ou inflamatório da orelha média, que divide-se em: otite média secretora; otite média aguda; otite média crónica supurada e otite média crónica colesteatomatosa;
- ❖ Meningite Bolhosa: (termo meningite refere-se a inflamação da membrana timpânica). Acúmulo de fluido entre as camadas da membrana timpânica, em geral associado;
- ❖ Perfurações da membrana timpânica: podem ocorrer por traumas externos, variações bruscas da pressão atmosférica ou otite média crónica supurada. A perda auditiva decorre de alterações da vibração da membrana timpânica. É variável de acordo com a extensão e localização da perfuração (Galdino e Gatti, 2005, p. 15).

As causas da deficiência auditiva neurossensorial

Os mesmos autores (2005 , p. 16) salientam ainda que as causas da deficiência auditiva podem ser de origem hereditárias, não hereditárias, perinatais ou seja durante o parto ou podem ocasionar depois do parto.

- Causas pré-natais de origem hereditárias: (surdez herdada monogénica, que pode ser uma surdez isolada da orelha interna por mecanismo recessivo ou dominante ou uma síndrome com surdez); e uma surdez associada a aberrações cromossómicas.
- Causas de origem não hereditárias: (causas exógenas), que podem ser: Infecções maternas por rubéola, citomegalovírus, sífilis, herpes, toxoplasmose; Drogas ototóxicas e outras, alcoolismo materno; Irradiações, por exemplo Raios X;
- Causas Perinatais: Prematuridade e/ou baixo peso ao nascimento; Trauma de parto, isto é, factor traumático e factor anóxico; Doença hemolítica do recém-nascido (icterícia grave do recém-nascido).

- Causas Pós-natais: Infecções como a meningite, encefalite, parotidite epidémica (caxumba), sarampo; Drogas ototóxicas; Perda Auditiva induzida por ruído; Traumas físicos que afectam o osso temporal.

Classificação Quanto ao Grau:

Os níveis de limiares utilizados para caracterizar os graus de severidade da deficiência auditiva podem ter algumas variações entre os diferentes autores. Segundo os critérios de Northern e Downs (1984,p.38):

- ❖ Audição Normal- Limiares entre 0 a 15 dB nível de audição
- ❖ Perda Auditiva Discreta ou Mínima – Limiares entre 16 e 25 dB
- ❖ Perda Auditiva Leve- Limiares entre 26 a 40 dB nível de audição
- ❖ Perda Auditiva Moderada- Limiares entre 41 e 65 dB
- ❖ Perda Auditiva Severa- Limiares entre 66 e 95 dB
- ❖ Perda Auditiva Profunda - Limiares acima de 96 dB

Ainda Galdino e Gatti, (2005,p.20) reafirmam que para crianças: (0- 6 anos), utilizando a média (nas frequências 500,1k,2k Hz), até a intensidade de 15 Decibéis (Db), a audição é normal.

A partir dessa intensidade tem-se:

- ❖ 15-25 Db perda auditiva mínima
- ❖ 25-40Db..... perda auditiva moderada
- ❖ 45-70 Db..... perda auditiva severa
- ❖ Acima de 95 Db..... perda auditiva profunda

Para adultos: utilizando a média (nas frequências de 500,1k,2k Hz), classificaram os graus de perda auditiva, para adultos, a partir de 7 anos, e consideraram até 20 Db de intensidade audição normal.

A partir dessa intensidade tem-se:

- ❖ 26-40 Db..... perda auditiva leve
- ❖ 41-55 Db..... perda auditiva moderada
- ❖ 56-70 Db..... perda auditiva moderadamente severa
- ❖ Acima de 91 Db..... perda auditiva profunda.(*ibid*:p.21)

Seguindo essa linha de pensamento Wong, (1989,p.517) faz a sua classificação quanto ao grau dizendo que ela pode ser baseada na intensidade dos sintomas como nos mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Perda auditiva baseada na intensidade dos sintomas

Nível auditivo (dB)	Efeito
Discreto- <30 (dificuldade auditiva)	Tem dificuldade em ouvir fala baixa ou distante. Geralmente não percebe a dificuldade auditiva. Tende a ser bem-sucedido na escola, mas pode ter problemas. Não há defeitos na fala.
Leve a moderado- 30-55 (dificuldade auditiva)	Compreende a fala de conversação a 1 a 1,8m, mas tem dificuldade se a fala for baixa ou se não estiver de frente para o interlocutor. Pode ter dificuldades de fala.
Acentuado- 55-70 (dificuldade auditiva)	Incapaz de compreender a fala de conversação, excepto se for alta. Considerável dificuldade com discussão em grupo ou na sala de aula. Requer treinamento especial da fala
Intenso-70-90 (surdez)	Pode ouvir uma voz alta se estiver próximo. Pode ser capaz de identificar ruídos ambientais altos. Pode distinguir vogais, mas não a maioria das consoantes. Requer treinamento da fala.
Profundo-> 90	Pode ouvir apenas sons altos. Requer treinamentos extensos da fala.

Quando a perda auditiva é congénita a criança deixa de estar exposta a estímulos da comunicação oral desde a vida intra-uterina, mas se a perda for adquirida, após o nascimento, as implicações no desenvolvimento de linguagem serão distintas. A intensidade e o grau de perda auditiva só serão estabelecidos depois que se faça o diagnóstico.

Diagnóstico

O diagnóstico da perda auditiva depende do grau e tipo, deve-se focalizar na pesquisa de factores de risco gestacionais, peri e pós-natais, nos testes audiológicos e no histórico de doenças infecciosas e respiratórias. Estes testes dividem-se em subjectivos e objectivos, e têm a indicação feita na dependência da idade da criança, e do grau de desenvolvimento neuropsicomotor global e cognitivo.

De acordo com Roeser 2001 *apud* Vieira (2007,p.43) os testes subjectivos mais importantes são a:

“audiometria comportamental, a audiometria tonal e a vocal e são menos precisos, pois dependem da resposta do paciente, o que pode interferir no resultado. Os testes têm o resultado influenciado pelo interesse, cognição e participação da criança, o que exige habilidade, experiência e paciência do examinador. Por isso, esses exames devem ser realizados preferencialmente por profissionais com formação específica para esse fim, sendo o audiologista o mais capacitado”.

A avaliação audiológica pode ser feita através do audiômetro pediátrico, e é a partir dos seis meses de vida que possibilita noção aproximada do grau de perda auditiva. “Este tipo de avaliação tem característica mais qualitativa do que quantitativa e as vantagens são baixo custo, fácil realização e aparelhagem pouco sofisticada, sendo a principal desvantagem a susceptibilidade as interferências ambientais, como ruídos, pistas visuais e interferência dos pais”. (Frota e Silvana, 2003,p.191)

Ainda na perspectiva dos mesmos autores (2003,p.192) a “audiometria tonal e a vocal buscam quantificar os limiares auditivos. A audiometria tonal afere a menor intensidade sonora capaz de gerar sensação auditiva na criança para tons puros, enquanto a audiometria vocal o faz para estímulos de fala”. Em função da complexidade de comandos, estas avaliações são indicadas para crianças a partir de 6 anos de idade. O equipamento utilizado consiste em cabina acústica, audiômetro, fones de ouvido, material para reforço visual e brinquedos pedagógicos.

Sendo que os diagnósticos subjectivos dependem da resposta do paciente isso pode interferir no resultado, e uma história clínica detalhada é a melhor maneira de se fazer um diagnóstico da perda auditiva, devem-se fazer vários exames com o intuito de se chegar ao diagnóstico através da avaliação audiológica. Baseado nos conceitos da fisiologia da audição, acredita-se que os resultados encontrados nos testes de audiometria tonal e vocal ajudam no diagnóstico final da deficiência auditiva.

Critério de risco para comprometimento auditivo neurosensorial em crianças

São vários os critérios de risco para comprometimento auditivo neurosensorial em lactentes e crianças pequenas como nos diz Wong (1989:p. 518)

- ❖ Recém-nascidos (nascimento a 28 dias);
- ❖ História familiar de comprometimento neurosensorial congénito ou de início tardio na segunda infância;

- ❖ Infecção congênita reconhecidamente ou com suspeita de estar associada a comprometimento auditivo neurossensorial, como toxoplasmose, sífilis, rubéola, citomegalovírus e herpes;
- ❖ Anomalias craniofaciais, incluindo anormalidades morfológicas do pavilhão e do canal auditivo, ausência de filtro e linha de implantação dos cabelos baixa;
- ❖ Peso ao nascimento menor que 1,500 gramas;
- ❖ Hiperlibirrubinemias em nível que ultrapassa a indicação para exsanguineotransfusão;
- ❖ Medicamentos ototóxicos, incluindo mas não limitados aos aminoglicosídeos, usados por mais de 5 dias (por exemplo gentamicina, tobramicina, canamicina, estreptomicina) e diuréticos de alça usados em combinação com aminoglicosídeos;
- ❖ Meningite bacteriana;
- ❖ Depressão acentuada ao nascimento, que pode incluir lactentes com escores Apgar de 0 a 3 em 5 minutos e aqueles que não iniciam respiração espontânea em 10 minutos ou aqueles com hipotonia que persistem até 2 horas de idade;

Critérios de risco: Lactentes (29 dias a 2 anos)

Ainda o mesmo autor, na mesma página refere que existe critérios de risco também para lactentes como:

- ❖ Preocupação do genitor/responsável acerca de atraso da audição, fala linguagem e/ou desenvolvimento;
- ❖ Meningite bacteriana
- ❖ Factores de risco neonatais que podem estar associados á perda auditiva neurossensorial progressiva (por ex. citomegalovírus, ventilação mecânica prolongada, distúrbios hereditários)
- ❖ Traumatismo craniano, principalmente com fractura longitudinal ou transversal do osso temporal;
- ❖ Medicamentos ototóxicos, incluindo mas não limitados aos aminoglicosídeos, usados por mais de 5 dias;

Quando uma criança apresenta um desses critérios de risco os pais e enfermeiros devem ficar atentos, sendo que esta criança pode apresentar perda auditiva, levando-a para avaliação e para se fazer o diagnóstico para poder excluir a possibilidade de perda auditiva.

Manifestações Clínicas de Comprometimento Auditivo

Segundo Hockenberry (2006:p.520) existem várias manifestações clínicas para o comprometimento auditivo tanto em lactentes como em crianças como:

Lactentes

- ❖ Ausência de reflexo do susto ou piscar a um som alto;
- ❖ Não ser despertado por ruídos ambientais altos;
- ❖ Incapacidade de localizar a origem do som aos 6 meses de idade;
- ❖ Ausência de balbúcio ou inflexões da voz aos 7 meses;
- ❖ Indiferença geral ao som;
- ❖ Ausência de resposta a palavra falada; incapacidade de seguir orientações verbais;
- ❖ Resposta a ruídos altos em oposição a voz;

Crianças

- ❖ Uso de gestos em vez de verbalização para expressar desejos, principalmente após 15 meses de idade;
- ❖ Ausência de desenvolvimento de fala inteligível aos 24 meses;
- ❖ Falam com qualidade monótona, inteligível, riso diminuído;
- ❖ Brincadeiras vocais, bater com a cabeça, ou bater o pé para sensação vibratória;
- ❖ Gritam ou guincham para expressar prazer, perturbações (acessos de fúria), ou necessidade;
- ❖ Pedem que se repitam as frases ou respondem a elas de forma incorrecta;
- ❖ Respondem mais a expressão facial e gestos que a explicação verbal;
- ❖ Afastamento de interacção social; frequentemente surpresas e infelizes nestas situações; preferem brincar sozinhas; (*ibidem*)

A Importância e as formas de Comunicação das Crianças com Deficiência Auditiva

Na actualidade, temos consciência da importância dos meios de comunicação em nossa vida tanto do ponto de vista biológico, pedagógico, histórico, sociológico, antropológico como do psicológico.

Na óptica de Stefanelli, (2005, p. 29) a “comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o

modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo”.

Assim sendo Potter, (2003, p. 130) vem dar o seu contributo afirmando que a “comunicação é o processo de transmissão de mensagens e interpretação do seu significado. Enquanto capacidade importante de enfermagem, a comunicação é uma competência adquirida através de estudo e diligências. As relações humanas de cuidar são a alma do trabalho dos enfermeiros.”

A autora ainda na mesma página ressalta que:

“quando comunicamos, tratamos de estabelecer uma comunidade, ou seja, compartilhamos uma informação, uma ideia, uma atitude, afirma ao se estar isolado não se pode ser parte, não participa, chegando à conclusão de que comunicar é fazer participar, é trazer para a comunidade quem dela estava isolado. Assim, podemos entender o conceito de comunicação, dentro do conceito de inclusão, ou seja, para comunicar, o sujeito deve estar incluído em seu meio, mostrando-se apto àquele processo de comunicação, caso contrário, seria um indivíduo excluído, isolado da sociedade.” (*ibidem*).

A comunicação tem por finalidades entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade. Devemos considerar a realidade ou situação, os interlocutores, a mensagem, os signos e os meios. A nossa habilidade em decodificar correctamente uma interacção é directamente proporcional à atenção dispensada a esses cinco elementos.

Na comunicação com as crianças, (Whaley & Wong 1989, p. 188) diz-nos que:

“deve-se considerar sempre fase de desenvolvimento, a capacidade linguística e o nível cognitivo. A comunicação com as crianças envolve aspectos verbais e não-verbais. Apesar de a maioria da comunicação verbal ocorrer entre a enfermeira e os pais, a contribuição verbal da criança não deve ser ignorada. Escrever, desenhar, brincar e usar a linguagem corporal (expressão facial, gestos) são formas de comunicação não-verbal usados pela criança.”

Para facilitar a comunicação com a criança com deficiência auditiva são recomendadas algumas directrizes para a facilitação da leitura labial e são apresentadas a seguir de acordo com Hockenberry (2006,p.519)

- ❖ Atrair a atenção da criança antes de falar; usar contacto físico leve para indicar a presença do locutor;
- ❖ Ficar próximo da criança;
- ❖ Ficar directamente na frente da criança ou deslocar-se para um ângulo de 45 graus;
- ❖ Permanecer parado; não andar para frente e para trás ou virar-se para apontar ou olhar para outro lugar;

- ❖ Estabelecer contacto ocular e mostrar interesse;
- ❖ Falar ao nível dos olhos com uma boa iluminação sobre o rosto do locutor;
- ❖ Certificar-se de que nada interfere com os padrões da fala, como mastigar alimento ou chiclete;
- ❖ Falar claramente e em uma velocidade lenta e uniforme;
- ❖ Usar a expressão facial para ajudar a transmitir mensagens;
- ❖ Usar frases curtas;
- ❖ Repetir a mensagem se a criança não compreender as palavras;

O processo de comunicação entre os indivíduos através da linguagem depende sobretudo da audição, que sem dúvida constitui-se um factor importante no contacto da criança com o mundo. A criança surda em sentimentos e preferências de uma criança normal, mas a comunicação por gestos tende a ser seca e objectiva.

Existem vários métodos de comunicação com o deficiente auditivo. Os métodos considerados oralistas e os de sinais. O oralismo tem por objectivo que o deficiente auditivo desenvolva a comunicação oral ou a fala.

Boscolo, Martins, Jardim e Galdino, (2005,p.41) dizem que o “oralismo é um termo utilizado para descrever um método de reabilitação que ensina as crianças que possuem surdez a ouvir e a falar. Porém o oralismo é uma filosofia aprendida, ou seja, ele não surge de uma maneira natural”. O trabalho é conjunto e centrado no interesse da criança e, principalmente, no interesse de sua família, que necessita estimular a criança constantemente. A criança surda apesar de seus esforços pode não vir a desenvolver a comunicação oral.

Na mesma linha de pensamentos estes autores ainda na mesma página realçam que por não fazer “uso da língua oral, o deficiente auditivo acaba ficando separado e/ou isolado, tendo seus conhecimentos acerca de sua saúde ou saúde em geral prejudicados ou incompletos”.

O oralismo consiste no “desenvolvimento das habilidades de observação, concentração e imitação por parte da criança surda, utilizando recursos visuais, tácteis, auditivos e cinéticos, de tal forma que a resposta verbal, resultante do conceito mental de som, se manifeste na dicção de palavras completas e significativas para a criança” (Dória, 1986, p. 117).

Mesmo assim essa criança não será incapaz de se comunicar, pois existem outras formas de comunicação, além da fala, pela qual ela poderá compensar sua deficiência de audição. Em consequência da falta de comunicação oral da criança surda, a maioria das famílias desconhece maneiras para se comunicar com a criança.

Em casos em que as crianças não conseguem expressar-se oralmente, os métodos de sinais seriam os mais indicados para ela. A criança poderá se beneficiar de outras formas de comunicação por exemplo por meio da comunicação total ou bilinguismo. É importante diferenciar a língua de sinais e os gestos indicativos ou representativos que o deficiente auditivo pode apresentar durante a sua comunicação.

Na perspectiva de (Boscolo, *et al*,2005,p.41) refere que:

“os gestos indicativos ou representativos são aqueles que as crianças utilizam para apontar algo, tentando assim superar a falha na comunicação, também são considerados os gestos utilizados no dia-a-dia. Língua de sinais é uma língua universal, com diferenças regionais, que foi criada para ajudar as dificuldades de comunicação dos deficientes auditivos.

Em relação ao bilinguismo, Goldefeld (1997) *apud* Jardim e Martins (2005,p.42) complementa dizendo que “essa filosofia divulga e utiliza a estimulação de uma língua que pode ser adquirida espontaneamente pelos surdos, a língua de sinais, bem como sua cultura. Por meio da exposição a essa língua, a criança surda pode desenvolver-se linguística e cognitivamente sem dificuldades”.

No bilinguismo, a criança é exposta exclusivamente, no primeiro momento, à linguagem de sinais e, posteriormente, à língua falada. Esta corrente assume, portanto, como primeira língua da criança surda, a língua de sinais, que deve ser aprendida o mais cedo possível; como segunda língua está, provavelmente, a linguagem oral (ou a majoritária), tendo-se em vista que a maioria das crianças surdas têm pais ouvintes (Góes, 1996,p.118).

As Implicações Psicossociais da Deficiência Auditiva nas Crianças

A deficiência auditiva vai repercutir na vida das crianças tanto a nível psicológico, fisiológico como sociológico e ela precisa de ter um acompanhamento para poder desenvolver as suas capacidades, o comportamento para que possa se comunicar com a sociedade e não ser excluída.

Para Vianna e Barros (2004, p. 224) “o acto de cuidar adquire características diferentes em cada sociedade e é determinado por factores sociais, culturais e económicos e esses factores vão definir os valores e as condições em que se processa o ato cuidador”.

De acordo com Santos (2008, p. 22) “a avaliação psicossocial são os processos em que são valorizadas as cinco dimensões inerentes ao ser humano: Psicológica (mental/emocional), Cultural, Social, Espiritual e Fisiológica”.

Essa avaliação “tem como pressuposto uma visão holística do ser humano, em que se valoriza, não só, aquilo que vemos, mas também todas as redes de interacções que existem sobre o ponto de vista Físico, Psicológico e Social, que interferem na satisfação das suas necessidades” (*ibidem*).

Numa avaliação psicossocial está implícito o conceito de pessoa como um sistema, isto é, onde se valoriza para além das dificuldades que a pessoa apresenta as potencialidades que possui para resolvê-las

O factor psicológico

Esta situação provoca tanto na família quanto na própria criança um impacto para habilidades de comunicação, nas relações afectivas e sociais interferindo directamente no aspecto psicológico, que dependendo do grau, da etiologia ou período de aquisição da perda auditiva sofrerá níveis diferentes de dificuldades.

Myklebust (1975) citado por Giuseppe (1997, p. 39) diz que “a organização e a estruturação psicológica da criança surda difere daquela apresentada pela criança ouvinte, pela privação do sentido que opera à distância (audição), o que obriga o organismo a fazer trocas, forçando-o a integrar sua experiência de modo diferente.”

A criança incapaz de satisfazer suas necessidades através do uso da linguagem falada, é incapaz de perceber as reacções dos pais e familiares, sentindo-se frustrada, confusa, zangada, medrosa, agressiva e frequentemente desenvolve uma auto-imagem negativa.

O factor sociológico

A sociedade é responsável pela integração das crianças com deficiência auditiva, criando meios e condições, permitindo que ela seja um membro integrante da mesma, e que todos são diferente independente de se apresentar uma deficiência.

Segundo Silva (2006, p. 81) “a integração social pode ser definida como “a possibilidade de proporcionar às pessoas, com problemas físicas ou mentais, a participação em todos os aspectos da vida em comunidade”.

A autora salienta que: “actualmente a reabilitação fundamenta-se numa atitude que coloca ao nível mais elevado as questões da participação, da comunicação e da integração da pessoa deficiente na comunidade. Sobreviver a deficiência auditiva significa fazer face a inúmeros ajustamentos físicos, emocionais e sociais” (*ibidem*).

De acordo com Marques (2008, p.36) realça que “todos os seres humanos são diferentes uns dos outros, no entanto perante a sociedade em que se está inserido há, geralmente, um limite na tolerância para essas diferenças”.

Para Hoeman (2011, p.767):

“O apoio social é essencial em qualquer condição crónica que exija alterações do estilo de vida, e o apoio social pode contribuir de forma positiva para a recuperação do indivíduo doente, no lidar com situações crónicas e no lidar com a perda. O relacionamento com a comunidade envolve um sentimento particular de identidade e de pertença a uma estrutura mais lato”.

Ainda Rosa (2007, p. 12) sublinha que “os factos destes indivíduos se inserirem em grupos excluídos pela sociedade é eles próprios e os seus familiares estigmatizados, marginalizados o que pode ter repercussões psicossociais devastadoras, tanto ao nível estrutural como aos níveis socioeconómico e das relações familiares”.

Ainda a mesma autora acrescenta que “são exemplo destas repercussões como isolamento social, rejeição por parte da sociedade e afastamento da própria família” (*ibidem*).

A integração depende, dentre outros factores, de uma comunidade que esteja preparada para conviver e aceitar aqueles que são diferentes. A integração é um processo dinâmico que possibilita ao portador de deficiência interagir, conviver e comunicar-se com outras pessoas.

Goffman (1988, p.13) salienta que “os indivíduos estigmatizados não preenchem as expectativas normativas da sociedade porque possuem características diferentes/ou indesejáveis pelo que passam de pessoas aceites socialmente para indivíduos rejeitados”.

Segundo Rosa (2007, p.29) “surge então a diferença entre o que é desejável e a realidade, que vai afectar a identidade social, atirando um indivíduo para o isolamento, afectando assim a sua aceitação na sociedade”.

De acordo com Sasaki (1997, p. 30)

“a ideia de integração surgiu para derrubar a prática de exclusão social a que foram submetidas as pessoas deficientes por vários séculos. A exclusão ocorria em seu sentido total, ou seja, as pessoas portadoras de deficiências eram excluídas da sociedade para qualquer actividade porque antigamente elas eram consideradas inválidas, sem utilidade para a sociedade e incapazes para trabalhar, características estas atribuídas indistintamente a todos que tivessem alguma deficiência”.

A inclusão deve ser feita não só pelo facto de ser um dos direitos do homem, que elas possuem, mas também pelo princípio da igualdade e oportunidade para todos, a estas crianças, jovens e adultos portadores de deficiências que merecem e precisam de uma atenção especial.

A Família: Sentimentos e Reacções diante da Deficiência Auditiva

O momento do diagnóstico da deficiência auditiva é um momento cercado de dúvidas, anseios, sentimentos e reacções dos pais. A família é o primeiro grupo social do qual a criança participará. Portanto, a visão dessa família quanto a surdez e suas implicações é de grande importância no comportamento social das crianças. É a mediadora, a facilitadora, conduzindo-a do mundo doméstico ao mundo social. É na família que se aprende a ser único, a desenvolver a personalidade, a ser criativo, a buscar a auto-realização.

Não é um momento agradável descobrir que seu filho possui uma deficiência, portanto, são comuns alguns sentimentos que qualquer pessoa pode apresentar momentos de conflito e tensão.

Para as autoras Bevilacqua e Moret (2005,p.210), “a família em um papel fundamental no processo da formação da criança como individuo de uma sociedade. Qualquer coisa que aconteça a um membro da família afecta os subsistemas dos quais ela faz parte podendo reflectir-se no subsistema como um todo.”

De acordo com Demétrio (2002,p.28), a reacção da família depende da sua estrutura, recursos para lidar com o desafio da crise e habilidade para lidar com o stress a longo prazo. A autora descreve a seguir alguns sentimentos e reacções pelos quais a família passa:

- ❖ Negação- é considerada o primeiro sentimento apresentado pelos pais após descoberta da deficiência auditiva do filho. Os pais passam a negar a deficiência auditiva da criança, muitas vezes, procurando outros médicos e atribuindo falhas nos resultados dos exames. Também podem considerar que a criança não fala por estar ‘atrasada’. Nesse processo de negação, os pais recebem informações de profissionais e buscam forças para lutar por seu filho. Alguns pais passam rápido por essa fase, outros estacionam e demoram a superá-lo.
- ❖ Choque- é uma descrença; dor. Vontade de ficar sozinho, chorar, interpretado como a perda do filho perfeito. O choque é caracterizado pela sensação de não sentir. Podem surgir mecanismos de defesa psíquica: decepção, frustração, revolta, incapacidade, insegurança e culpa.
- ❖ Raiva, ódio, impotência- a frustração leva as pessoas a sentirem raiva. A raiva pode eliciar a culpa pela deficiência. O ódio abafado pela raiva transforma-se em depressão.
- ❖ Culpa- a culpa é sentimento de individual. Os pais culpam-se pela deficiência do filho. Por sentirem essa culpa, muitos pais tendem a superprotegerem os filhos.
- ❖ Superprotecção- comportamentos de atenção e dedicação excessiva dos pais, cuidados exagerados e sacrifícios financeiros, que passam a mensagem que a criança não é capaz, não aprendendo lidar com a frustração.

O ambiente familiar exerce uma influência preponderante no desenvolvimento e adaptação da criança surda ao contexto social. É importante que o enfermeiro conheça e compreenda as necessidades do deficiente auditivo a fim de oferecer uma assistência mais humanizada através de práticas educativas.

Para Correia (2008, p. 48), a família constitui o alicerce da sociedade, ela é um dos principais agentes no desenvolvimento da criança e, apesar da existência de debate em torno do papel actual da família e da sua composição, ela permanece como o elemento-chave na vida e desenvolvimento da criança.

As crianças portadores de deficiência auditiva têm direito a participar da vida familiar, de uma comunidade, mesmo que em cada um desses momentos mereçam uma atenção diferenciada às suas necessidades especiais.

A Enfermagem na Prevenção da Deficiência Auditiva

A enfermagem tem um papel importante na prevenção da perda auditiva, é essencial que sejam instituídas medidas apropriadas para tratar infecções existentes e evitar recorrências. As crianças com histórias de infecções do ouvido ou respiratórias ou qualquer outro distúrbio que aumente o risco de comprometimento auditivo devem ser submetidas a testes auditivos periódicos.

Na visão de Giuseppe (1997, p.78), “a deficiência auditiva pode ser congênita ou adquirida. As principais causas da deficiência congênita são hereditariedade, viroses maternas (rubéola, sarampo), doenças tóxicas da gestante (Sífilis, citomegalovírus, toxoplasmosse), ingestão de medicamentos ototóxicos (que lesam o nervo auditivo) durante a gravidez. É adquirida quando existe uma predisposição genética (otosclerose), quando ocorre meningite, ingestão de remédios ototóxicos, exposição a sons (explosão) e viroses.”

As causas de perda auditiva que começam nos períodos pré-natal e perinatal, para serem evitadas as gestantes necessitam de aconselhamento acerca da necessidade de cuidados pré-natais precoces, incluindo aconselhamento genético para distúrbios familiares conhecidos, afastamento de todas as drogas ototóxicas, principalmente durante o primeiro trimestre, testes para excluir sífilis, rubéola ou incompatibilidade sanguínea, tratamento médico de diabetes materno, controle do alcoolismo, e ingestão alimentar adequada. É enfatizada a necessidade de imunização de rotina durante a segunda infância para eliminar a possibilidade de perda neurossensorial adquirida por rubéola, caxumba ou sarampo.

Uma causa bem estabelecida de perda auditiva neurossensorial é a exposição sonora. A enfermeira deve avaliar rotineiramente a possibilidade de poluição sonora ambiental e advertir as crianças e os pais sobre o risco em potencial. Quando os indivíduos participam de actividades associadas a ruído elevado, como brincar com tiro ao alvo, devem usar protectores auriculares tipo concha. Entretanto, qualquer protecção é melhor que nada. Mesmo aparelhos domésticos comuns, como cortadores de grama, aspiradores de pó e telefones sem fio podem ser prejudiciais.

Os pais e educadores devem estar sempre atentos, observando atitudes suspeitas de problemas auditivos como:

- ❖ Defeitos articulatórios;

- ❖ Criança com dificuldade de concentração e dispersas;
- ❖ Crianças com dificuldade em aprender;
- ❖ Não atende quando chamada;
- ❖ Inclina a cabeça em direcção ao som;
- ❖ Vocabulário pobre para a sua idade;
- ❖ Não se interage é retraída e desconfiada;
- ❖ Fala muito alto;
- ❖ Assiste TV., ou ouve o rádio em alto-falante;
- ❖ Olha fixamente aos lábios das pessoas que lhe falam; (Jardim e Gaddi, 2005, p. 23)

Intervenções de Enfermagem as crianças portadoras de deficiência auditiva

O fundamento básico da profissão enfermagem é o cuidado ao ser humano, seja no âmbito individual, familiar ou na comunidade, para o incremento de acções de promoção da saúde, prevenção de patologias, e de recuperação e reabilitação da saúde. Cuidar é muito mais que um simples acto, é uma atitude. Esta atitude é abrangente, mais que um momento de zelo, atenção que representa uma atitude de ocupação, reocupação, responsabilidade e envolvimento afectivo com o outro.

Segundo Boff (1999, p. 35) nos diz que “o ser humano é um ser de cuidado, mais ainda sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que proteja e faz, eis a característica singular do ser humano”.

A ligação que estabelece entre os pacientes e seus cuidadores será tão maior quanto maior for à confiança existente entre eles, como relata Giordani (2008, p. 75):

Ainda o autor ressalta que:

“equipe de enfermagem sempre coordenada pelo Enfermeiro tem como destaque a comunicação, pois, através dela conseguirão planejar, executar e atingir metas necessárias na elaboração de um cuidado mais humanizado, e termos uma condição de compreensão ao seu sofrimento, á sua complexidade biopsicossocial. Para isso, é importante acolhê-lo, reflectir sobre seu sofrimento, praticar a comunicação sensível, para, a partir daí, perceber como, por que e qual o sentido desse sofrimento para o sujeito para promover cuidados e efectivamente cuidando”.

Entre os sujeitos envolvidos neste processo de cuidar, além dos profissionais de saúde, estão os utentes e a família. O cuidado de enfermagem deve ser centrado na família,

por compreender que esta é fundamental no cuidado de seus membros e que exerce influência sobre a saúde do paciente, sendo uma parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado.

Entretanto, para que a família seja co-participante deste processo, o profissional de saúde deve ser um libertador que apetece por mudança de comportamento da clientela a ele assistida, provocando a transformação e a recriação da realidade instituída em busca de uma melhor qualidade de vida.

E no que diz respeito à Humanização Giordani (2008, p.77) relata que:

“ a humanização do cuidado consiste num processo que perpassa as relações interpessoais a todo momento, durante cada tentativa e resolução de problemas. Diga-se de passagem, que, para se estabelecer um tratamento, a comunicação é tão relevante quanto mostrar-se cordial e disponível para o cliente e seus familiares, ou apresentar-se bem pessoalmente. De modo geral, nas relações interpessoais, a comunicação não se restringe às palavras emitidas, mas em Saúde se deve atribuir elevada relevância aos gestos, as expressões corporais, olhares, timbres e tonalidades de voz.”

Por outro lado Deslandes (2004) *apud* Giordani, (2008, p.34) entendem humanizar como “assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjectividade e referenciais culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter-equipes”.

Neste sentido, o cuidado integral, que inclui o cuidado com a saúde auditiva, a multidisciplinaridade e a família, são temas pertinentes ao cuidado em enfermagem e para tal, estes profissionais precisam estar actualizados. Manter-se actualizado é um desafio para os profissionais de saúde, pois, precisam estar em constante processo de formação para garantir a qualidade da assistência. Em especial, enquadram-se os profissionais de enfermagem, que além de actuarem na assistência e administração, atuam também com a educação dos utentes e da equipe de trabalho.

Por meio da comunicação estabelecida com o paciente, o profissional pode compreendê-lo como ser holístico, e perceber sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. Dessa forma, poderá entender as necessidades do paciente e, assim, prestar assistência adequada, minimizando seu sofrimento. Nesse processo, a comunicação ocupa espaço insubstituível e se ela não é efectiva esta assistência torna-se falha.

As necessidades da criança hospitalizada com comprometimento auditivo são as mesmas de qualquer outra criança, mas a incapacidade representa desafios especiais para a enfermeira.

Se suas habilidades verbais forem mal desenvolvidas, elas podem responder a perguntas através de desenhos, escrevendo ou gesticulando. Se a enfermeira está tentando esclarecer onde é feita uma punção lombar, a criança é solicitada a apontar onde será realizada o procedimento no corpo. Como estas crianças frequentemente necessitam de mais tempo para compreender o significado completo de uma explicação, a enfermeira deve ser paciente, permitindo um tempo ampliado para compreensão.

A enfermeira tem um papel especial como interlocutora da criança e está numa posição estratégica para alertar outros membros da equipe de saúde e outros pacientes para suas necessidades especiais acerca da comunicação. Por exemplo a enfermeira deve acompanhar outros profissionais em visitas ao quarto da criança assegurando assim a compreensão. Algumas vezes alguns profissionais se esquecem de que a criança tem as capacidades de perceber e aprender, apesar de uma perda auditiva, e conseqüentemente comunicam-se apenas com os pais. Por isso, as necessidades e os sentimentos da criança permanecem desconhecidos e não são atendidos.

De acordo com Wong (1989, p. 21) o processo de enfermagem passa por etapas em que temos o diagnóstico, a prescrição de enfermagem e a implementação, e pode ser observado como um ciclo contínuo para a enfermeira avaliar as crianças com deficiência auditiva e de seguida traçar um plano de cuidados.

Diagnósticos de Enfermagem

Vários diagnósticos de enfermagem são proeminentes nos cuidados de enfermagem da criança com comprometimento auditivo e da família desta criança; outros diagnósticos específicos para casos individuais tornam-se evidentes. Os diagnósticos de enfermagem mais comuns são citados no plano de cuidados de enfermagem, adiante.

O uso do diagnóstico na prática de enfermagem reflecte em uma melhor assistência aos clientes que recebem constantemente os cuidados de enfermagem. O desafio da enfermagem tem sido a construção do conhecimento para o desenvolvimento na prática.

Prescrição de Enfermagem

As metas dos cuidados de enfermagem a criança com comprometimento auditivo e a família são os seguintes:

- ❖ A criança atingirá o desenvolvimento óptimo promovendo-se o processo de comunicação e socialização;
- ❖ A criança e a família receberão apoio;
- ❖ A criança receberá cuidados apropriados durante a hospitalização;

Implementação

O papel inicial da enfermagem na reabilitação é incentivar a família a participar de um programa de treinamento auditivo. O treinamento de reabilitação consiste no uso de um aparelho auditivo e no aprendizado da leitura labial, linguagem de sinais e comunicação verbal. A enfermeira deve conhecer os tipos, os cuidados básicos e o manuseio dos aparelhos auditivos principalmente quando a criança está hospitalizada. (*ibid*, p. 22)

Plano de Cuidados de Enfermagem

Através deste estudo foi possível levantar alguns diagnósticos de enfermagem, e implementação da assistência para crianças com deficiência auditiva. Essas intervenções constituem as actividades necessárias à implementação e documentação do cuidado proporcionado a cada paciente. Os diagnósticos de enfermagem oferecem a base para a selecção das prescrições de enfermagem para atingir os resultados esperados pelos quais a enfermeira é responsável.

A seguir será apresentado um plano de cuidado de enfermagem para as crianças com deficiência auditiva segundo Hockenberry (2006, p. 521)

Diagnóstico de Enfermagem: alterações sensoriais/perceptuais (auditivas) relacionadas a comprometimento auditivo.

Prescrições de enfermagem/justificativas

Uma vez que os diagnósticos de enfermagem e os problemas do paciente tenham sido identificados vai-se criar um plano de cuidados ou as prescrições de enfermagem de acordo com o problema em questão.

- ❖ Ajudar a família a procurar profissionais que lidam com aparelhos auditivos para localizar um profissional confiável;
- ❖ Discutir os tipos de aparelhos auditivos e seus cuidados apropriados para assegurar benefício máximo;
- ❖ Enfatizar para a família a importância de guardar as baterias do aparelho auditivo em local seguro e de ensinar as crianças (ou supervisionar crianças pequenas) a não remover a bateria a bateria para evitar sua ingestão ou aspiração;
- ❖ Ensinar a criança a regular o aparelho auditivo para benefício máximo;
- ❖ Ajudar a criança a concentra-se em todos os sons do ambiente e a falar sobre eles para maximizar a audição;
- ❖ No caso de crianças maiores, discutir métodos de camuflagem do aparelho para torna-lo menos visível;

Resultados Esperados

- ❖ A criança adquire e usa o aparelho auditivo apropriadamente;
- ❖ A criança não ingere ou aspira a bateria do aparelho auditivo;

Diagnóstico de Enfermagem: comunicação verbal comprometida relacionada á incapacidade de ouvir indícios auditivos:

Prescrições de enfermagem/justificativas

- ❖ Incentivar a família a frequentar o programa de reabilitação a fim de continuar o aprendizado em casa; incentiva-la a aprender a linguagem dos sinais como um método de comunicação;
- ❖ Ensinar a linguagem que serve a um propósito útil para comunicação;
- ❖ Incentivar o uso de linguagem e livros em casa para estimular a comunicação verbal e promover desenvolvimento normal;
- ❖ Incentivar linguagem espontânea e fala correta para promover o desenvolvimento da fala;

Resultados Esperados

- ❖ A família continua com as práticas de comunicação no ambiente doméstico;
- ❖ A família proporciona estimulação da criança;

Prescrições de enfermagem/justificativas

- ❖ Testar a criança com problemas visuais que podem interferir com o aprendizado da leitura labial ou uso da linguagem dos sinais
- ❖ Ensinar a família e a outras pessoas envolvidas com a criança (por exemplo o professor) comportamentos que facilitam a leitura labial para promover o processo de comunicação

Resultados esperados

- ❖ A criança comunica-se com os outros da forma ensinada
- ❖ As pessoas que se comunicam com a criança usam boas técnicas de comunicação;

Diagnóstico de Enfermagem: crescimento e desenvolvimento alterados relacionados ao comprometimento da comunicação.

Prescrições de enfermagem/justificativas

- ❖ Ajudar a família a transferir práticas de criação de filhos normais para esta criança para promover desenvolvimento ótimo;
- ❖ Enfatizar a importância de atingir independência no autocuidado;
- ❖ Fornecer à criança dispositivos que promovam a independência (por ex. cachorro treinado, auxílios de sinalização especiais para telefone ou campainha)
- ❖ Discutir com a família a importância da disciplina e do estabelecimento de limites, pois todas as crianças têm estas necessidades

Resultados esperados

- ❖ A criança realiza atividades da vida diária apropriadas para o nível de desenvolvimento;
- ❖ São proporcionadas disciplina apropriada e estabelecimento de limites;

Prescrições de enfermagem/justificativas

- ❖ Orientar a família na seleção de brinquedos para maximizar os sentidos visual e tátil, e também a audição residual;
- ❖ Incentivar a criança a participar de atividades em grupo para promover socialização;
- ❖ Ajudar a criança a seguir discussão em grupo apontando o locutor e dispondo o grupo em um semicírculo para facilitar a audição e/ou a leitura labial

- ❖ Ajudar a criança a desenvolver amizades entre colegas que ouvem e surdos para promover a socialização;
- ❖ Recomendar programas de televisão legendados para diversão da criança;

Resultados esperados

- ❖ A criança participa de actividades apropriadas para o nível do desenvolvimento;
- ❖ A criança mantém relacionamento e experiências com colegas

Diagnóstico de enfermagem: processos familiares alterados relacionados a diagnóstico de surdez de uma criança;

Prescrições de enfermagem/justificativas:

- ❖ Prever reacção de luto como parte de ajuste á perda;
- ❖ Fornecer oportunidades para que a família expresse sentimentos e preocupações para promover ajuste;
- ❖ Ajudar a família a lidar com sentimentos acerca de respostas prévias á criança quando a verdadeira natureza do problema era desconhecido para minimizar sentimentos de culpa;
- ❖ Ajudar a família a perceber a extensão da incapacidade da criança e sua enorme influência sobre o desenvolvimento da fala e da linguagem;
- ❖ Incentivar a reabilitação formal logo que possível para promover crescimento e desenvolvimento normais da criança;

Resultados esperados

- ❖ A família expressa sentimentos e preocupações acerca da perda auditiva da criança;
- ❖ A família demonstra compreender as implicações da perda auditiva;
- ❖ A família envolve-se em programas apropriados;

Prescrições de enfermagem/justificativas:

- ❖ Estar disponível para a família, dando assistência e apoio;
- ❖ Incentivar os familiares a discutir seus sentimentos acerca da incapacidade para promover ajuste;
- ❖ Enfatizar as capacidades da criança e não a incapacidade para promover o desenvolvimento óptimo da criança;

- ❖ Familiarizar-se com as técnicas usadas para comunicação se estiver acompanhando a família a longo prazo;

Resultados esperados

- ❖ A família expressa sentimentos e preocupações acerca da incapacidade e suas ramificações;
- ❖ Os familiares utilizam os recursos disponíveis;

CAPÍTULO II – PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

METODOLOGIA

Durante esta fase pretende-se mostrar a metodologia de investigação que será utilizada durante a pesquisa, para dar respostas a pergunta de partida e alcançar os objectivos propostos. A fase metodológica é constituída pela abordagem, o tipo de pesquisa, os métodos de recolha de dados, a população-alvo, o campo empírico onde vai-se desenvolver a pesquisa e também as questões éticas.

Segundo Fortin (1994, p. 26) “a investigação em ciências de enfermagem provém de investigação sistemática...Sobre as clientelas, quer seja sobre a prática dos cuidados e sobre os seus efeitos junto dos clientes dos seus familiares, da comunidade, quer seja ainda sobre estudos dos contextos dos cuidados.”

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativo, do tipo descritivo exploratório, sendo que esta abordagem permite ter a percepção das experiências destes participantes envolvidos nesta pesquisa em relação a deficiência auditiva nas crianças.

De acordo com Vilelas (2009, p.105) “a investigação qualitativa, é uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido as suas experiências e ao mundo que elas vivem e tem como objectivo compreender a realidade social, grupos e cultura”.

População-Alvo

A população escolhida para ajudar a dar resposta a pergunta de investigação são os enfermeiros do Serviço de Pediatria do HBS. Isso porque, constituem os primeiros profissionais a entrar em contacto com esses utentes, e porque servem de intermediário com os outros profissionais de saúde, isto é, os médicos, os ajudantes de serviços gerais, os psicólogos fazendo as primeiras intervenções de enfermagem necessárias.

Os critérios de inclusão para escolha dos entrevistados que foram, o tempo de serviço, isto é aqueles com 10 ou mais anos de serviço, o fato ter trabalhado no serviço de pediatria, e também disponibilidades dos enfermeiros para fornecer informações e percepções no âmbito da sua realidade profissional. O critério de exclusão foi tempo de formação inferior a 10 anos.

A população-alvo compôs-se por cinco enfermeiros do serviço de pediatria, sendo três do banco de urgências e duas da enfermaria do mesmo serviço. É de realçar que quanto ao sexo dos entrevistados todas são do sexo feminino, em relação ao nível académico todas tem o 12º ano de escolaridade, e quanto a formação profissional todas são licenciadas.

Campo Empírico

Para a recolha e obtenção dos dados foi necessário ter a aprovação do Conselho de ética do Hospital Dr. Baptista de Sousa, que autorizou que se tivesse acesso ao Serviço de Pediatria do HBS para entrevistar os enfermeiros deste serviço (em anexo).

O campo empírico é de extrema importância nesta pesquisa sendo que é nela que se vai obter os dados para validar a pesquisa, através de entrevistas a pessoas que já lidaram com o problema em questão. Assim sendo, é importante descrever o campo empírico onde foi desenvolvida a pesquisa que foi o serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa.

Instrumento de colheita de dados

Para a colheita de dados utilizou-se um Guião de entrevistas (em apêndice) com perguntas semiestruturadas, previamente formuladas, com a intenção de compreender o tema e as percepções dos entrevistados acerca do mesmo.

No guião de entrevistas as mesmas estiveram estruturadas em três categorias: categoria I- caracterização da população-alvo, o que permitiu conhecer melhor os entrevistados desde os dados pessoais, académico e tempo de formação profissional. Na categoria II- saber a percepção dos entrevistados em relação ao tema, desde os conceitos chaves, na categoria III- saber se alguma vez atenderam um utente com deficiência auditiva, como foi esse atendimento, como foi a comunicação, as estratégias usadas durante esse atendimento.

É de realçar que as entrevistas foram realizadas nos meses de Julho e Agosto de 2015.

Para realização das entrevistas, foi escolhido um ambiente calmo, para se poder ter maior qualidade na gravação, proporcionar maior privacidade ao entrevistado e garantir maior capacidade de compreensão das perguntas.

A entrevista teve a duração máxima de 15 minutos, e utilizou-se um telemóvel da marca Nokia para gravação, é de realçar que apenas três das enfermeiras quiseram gravar as

entrevistas e duas optaram por preencher o guião de entrevistas. Não obstante essa diferença de três terem gravado as entrevistas e duas optarem por preencher o guião de entrevistas isso não trouxe nenhum problema a investigação, pois todas as perguntas foram respondidas de forma clara.

Procedimentos éticos e legais:

Para a realização do estudo entregou-se um requerimento solicitando a autorização do HBS, para a realização das entrevista simultaneamente entregou-se uma carta pedindo autorização para recolha de dados da Coordenação de Curso, comprovada pela Universidade do Mindelo (anexo). O hospital não se opôs quanto a sua aplicação, dando um parecer positivo para iniciação do estudo (anexo).

Quanto aos procedimentos éticos e legais também solicitou-se um termo de responsabilidade pela coordenação para que tanto a pesquisadora como a orientadora deste trabalho lessem e assinassem, aceitando o estabelecido no termo para entregar a coordenação do curso.

Para a realização das entrevistas foi entregue um termo de consentimento livre e informado aos enfermeiros entrevistados para a colheita de informações pertinentes para a pesquisa. Todos os enfermeiros assinaram o termo de consentimento informado sem nenhuma imposição. No termo é explícito o objectivo do trabalho, com fins académicos onde se pretende respeitar a privacidade, o anonimato dos entrevistados sendo eles livres para desistirem das entrevistas a qualquer momento sem que isso lhes causasse qualquer transtorno.

Durante todo o processo garantiu-se os princípios éticos e legais necessários.

Capitulo III - Fase Empírica

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Nesta fase de investigação, o objectivo principal é apresentação dos dados obtidos nas entrevistas e análise das mesmas para dar resposta a pergunta de partida. Realizou-se uma análise descritiva dos resultados obtidos, dividida em dois componentes: caracterização dos sujeitos entrevistados, e análise de conteúdo das entrevistas constituídas por perguntas abertas. A transcrição das entrevistas encontra-se em apêndice.

Caracterização da População em Estudo

Os dados que serão expostos foram escolhidos por compreender serem os mais pertinentes para o presente estudo. Para preservação das identidades desses enfermeiros, foi pertinente recorrer a nomes fictícios, nesse caso utilizou-se nomes de signos caracterizando-as assim: Carneiro, Touro, Gémeos, Câncer e Leão, que são nomes atribuído aos signos.

Segundo Vilelas (2009, p.372) “a confidencialidade implica num pressuposto a confiança que um indivíduo possui de que qualquer informação compartilhada será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada”.

A população escolhida para realização do trabalho, compôs-se por cinco enfermeiros do serviço de pediatria do Hospital Baptista de Sousa, caracterizadas no quadro a seguir.

Categoria I- caracterização geral

Tabela 2: (caracterização da população-alvo)

Nome fictício	Sexo	Idade	Estado civil	Dados académicos	Tempo de formação
Carneiro	Feminino	47	Solteira	Licenciada	22
Touro	Feminino	55	Solteira	Licenciada	30
Gémeos	Feminino	53	Solteira	Licenciada	17
Câncer	Feminino	52	Casada	Licenciada	28
Leão	Feminino	40	Solteira	Licenciada	10

Dos entrevistados, verifica-se que todas são do sexo feminino que corresponde as cinco enfermeiras entrevistadas.

Quanto ao estado civil das cinco entrevistadas uma é casada (Câncer), e as outras quatro são solteiras (Touro, Carneiro, Gémeos e Leão), de acordo com as habilitações académicas, todas são licenciadas (Touro, Carneiro, Gémeos, Leão e Câncer).

Em relação ao tempo de formação, importa frisar que compreende o limite superior a 10 anos e inferior a 30 anos de serviço.

Na segunda categoria que é referente a percepção dos enfermeiros sobre a deficiência auditiva, pretende-se saber se os enfermeiros têm a noção do que é deficiência auditiva, se sentem preparados para atendê-los. Dentro desta categoria, criou-se subcategorias referentes as questões relevantes para esta pesquisa.

Sentir-se preparada para atender crianças com deficiência auditiva

Nesta questão, três das enfermeiras dizem sentirem-se preparadas para atenderem crianças com deficiência auditiva, justificando que são crianças como outra qualquer apesar da sua deficiência, e tem os mesmos direitos que as outras crianças. As outras duas enfermeiras dizem não sentirem-se preparadas para atender estas crianças, justificando que não são capacitadas para atendê-las.

Participação em alguma formação

As entrevistadas referem nunca terem participado em qualquer formação nesta área, reforçando a importância de formações específicas para um cuidado de enfermagem mais humanizado.

Solução do problema

Três das entrevistadas referem que a solução do problema deve partir da instituição, sendo ele é o principal responsável para organização de actividades que proporcionam reciclagem e inovações aos seus quadros. Duas das outras referem que tanto o enfermeiro como a instituição são responsáveis para a solução desse problema, na medida em que o enfermeiro deve ser responsável pela sua autoformação.

Esse problema é enfrentado por todos os profissionais ou só pelos enfermeiros

Todas a entrevistadas referem que este problema é enfrentado por todos os profissionais, na medida em que nenhum deles tem formação para atender estas crianças e que todos eles têm contacto com elas.

Categoria II- Percepção sobre a deficiência auditiva

Tabela 3: (Percepção sobre a deficiência)

	Sim	Não
Sentir-se preparada para atender crianças com D.A	3	2
Participação em alguma formação de capacitação para atender crianças com D.A	0	5
Solução do problema	3(deve partir da instituição)	2(deve partir do enfermeiro e da instituição)
Esse problema é enfrentado pelos enfermeiros ou por todos os profissionais	5(por todos os profissionais)	0

Grau de conhecimento na área- 2-suficiente; 2 razoável e 1 muito bom

Grupo III- Atendimento da criança com D.A

Tabela 4: (Ilustração das categorias estudadas e sua representatividade)

	Sim	Não
Atendimento de crianças	3	2

Limitação na comunicação pode influenciar na qualidade	4	1
Eficácia do tratamento	5	0
Por em risco a vida de um paciente	5	0
Limitação na comunicação por parte do utente	5	0

Quanto a terceira categoria referente ao atendimento das crianças com deficiência auditiva, esta vai de encontro aos objectivos propostos, na medida em que pretende-se entender nesta categoria, quais as estratégias usadas pelos enfermeiros, como é a comunicação entre o enfermeiro e o utente e quais as limitações encontradas neste processo.

Atendimento de crianças com deficiência auditiva

Nas entrevistas três referem ter atendido crianças com deficiência auditiva. Mas duas das entrevistadas referem nunca terem atendido nenhuma criança com deficiência auditiva. As que referem ter atendido dizem que a barreira que existente na comunicação não possibilitou uma comunicação efectiva.

Limitação na comunicação pode influenciar na qualidade do atendimento

Durante as entrevistas as entrevistadas referem que a limitação na comunicação pode influenciar na qualidade do atendimento, pois a barreira comunicativa interfere na eficácia do tratamento.

Discussão dos Resultados

Nesta fase pretende-se mostrar as conclusões tiradas das entrevistas que são relevantes para a pesquisa, confrontá-las com a pergunta de partida e com os objectivos tanto geral como específico, certificando a relevância do estudo e o alcance dos objectivos traçados. Pretende-se nesta fase fazer uma interpretação de cada categoria das entrevistas, mostrar os

resultados e/ou conclusões tiradas em cada uma delas, evidenciar a sua pertinência para o trabalho e finalmente relacionar os dados obtidos na pesquisa com os dados da pesquisa de outros autores.

Para uma melhor compreensão, as perguntas do guião de entrevistas foram divididas em categorias, sendo assim tanto a análise como a interpretação dos resultados da pesquisa, ficaram de mais fácil compreensão e de interpretação. As perguntas estiveram divididas em três categorias, e é nesta óptica que a interpretação dos resultados se vai desenvolver.

Na primeira categoria que é relativa a caracterização dos entrevistados, é feita a descrição dos dados pessoais dos profissionais entrevistados nomeadamente: idade, estado civil, sexo e tempo de formação. Nesta categoria é relevante o tempo de formação, visto ser o critério de inclusão usado para escolha dos enfermeiros que seriam entrevistados. A escolha deste critério baseou-se ao fato de que quanto maior o tempo de serviço aumenta a chance e o número de atendimentos que logicamente aumentaria a probabilidade do enfermeiro ter atendido uma criança com deficiência auditiva nos serviços de saúde.

Na segunda categoria relativa a percepção dos entrevistados em relação a deficiência auditiva, foi possível recolher informações nas entrevistas sobre o nível formação/capacitação dos enfermeiros para atenderem as necessidades das crianças com deficiência auditiva. Em relação a isto todos os entrevistados são unânimes em afirmar que nunca tiveram formação e que necessitam de apoios, da instituição para esta formação na medida em que esta formação desempenha um papel fundamental, para o desenvolvimento das competências necessárias para atendimento Humanizado e de qualidade para esses utentes que exigem um cuidado especial.

De um modo geral, os entrevistados referem que existe um despreparo dos enfermeiros no domínio do processo de comunicação com deficientes auditivos. Em relação à percepção do processo de comunicação, duas se enquadraram no grupo com dificuldade de comunicação suficiente, duas razoável e uma diz ser muito bom. A preparação para lidar com estas crianças não é só dos enfermeiros deve ser de toda a equipa profissional, na medida em que todos estão envolvidos na recuperação desse utente, a apesar do enfermeiro estar mais perto desse utente.

Na terceira categoria, que é relativa ao atendimento de crianças com deficiência auditiva, de uma forma geral as enfermeiras dizem ter atendido estas crianças, mas que a principal dificuldade é falta de comunicação, sendo que eles não estão capacitados para atender estas

crianças porque não tem especialização na área e que seria importante terem a presença de uma fonoaudióloga para estabelecer essa comunicação. As estratégias usadas por elas no atendimento para que pudesse haver comunicação foram gestos, comunicação simbolizada, a presença de um mediador que normalmente é o cuidador da criança que transmite as ideias e as queixas da criança.

Relativamente a presença de uma fonoaudióloga, mostra-se claramente que os enfermeiros não têm conhecimentos nesta área, sendo que seria necessário um intérprete para mediar esse atendimento e isso requereria que ano o enfermeiro como o utente conhecessem a língua de sinais. É de realçar que nem todas as ilhas têm o conhecimento da língua de sinais, logo vai dificultar esse atendimento, e que a fonoaudióloga faz a detecção desse problema e ajuda as crianças a desenvolver o processo de linguagem.

As estratégias usadas por elas no atendimento para que pudesse haver comunicação foram gestos, comunicação simbolizada, a presença de uma pessoa significativa que lida com a criança e que consegue transmitir aquilo que a criança transmite.

Durante as entrevistas pode-se constatar que os enfermeiros não têm a noção de que existe diferenças entre símbolos e gestos, na medida em que referem-se aos gestos e aos símbolos como se fossem o mesmo.

A limitação na comunicação, condicionará lacunas no atendimento, na medida em que há formas diferentes de comunicação, isto é, existe uma barreira comunicativa entre enfermeiro – utente. A comunicação é uma ferramenta importante neste processo e se houver lacunas, informações são omitidas constituindo um factor negativo para eficácia da intervenção pois durante o atendimento de um utente todas as informações são relevantes para que o atendimento seja eficaz.

A limitação na comunicação, condiciona lacunas no atendimento ao utente, repercutindo no tratamento do utente, sendo assim cabe a instituição criar estratégias que motivam e orientam os enfermeiros, criando condições, apoiando-os, orientando-os, para que todos os utentes sejam atendidos e que as suas necessidades sejam satisfeitas.

Apesar de o deficiente auditivo ter suas limitações, não pode ser tratado como um ser humano diferente. Ele deve ter os mesmos direitos das pessoas ditas normais. Além disso, suas limitações não podem impedir sua comunicação e seu relacionamento. Portanto, os profissionais precisam ser eficientes no desempenho do seu papel, melhorando sua relação

com esse tipo de paciente. Depende de cada enfermeiro superar esse bloqueio e tratar essa questão do relacionamento com naturalidade.

É importante enfatizar ainda que a dificuldade de relacionamento com os deficientes auditivos não é geral, pois alguns profissionais sempre tentam aprender maneiras de relacionar-se eficazmente, com intuito de proporcionar bem-estar e transmitir maior confiança. Todavia, como o conceito de relacionamento é mais amplo que o de comunicação, acaba englobando-a.

Segundo os participantes não existe qualquer formação nessa área, nem ao longo da formação acadêmica, nem profissional que possa capacita-los para o atendimento desses utentes. Os próprios profissionais deveriam reconhecer essa carência e despreparo, e buscar meios para supri-los. Outra sugestão exposta na categoria foi a fraca divulgação sobre a humanização do atendimento e socialização dos deficientes auditivos por parte da comunicação social. Neste grupo de sugestões ainda ressaltou-se a necessidade de conhecer mais este tipo de deficiência com ênfase em palestras educativas e políticas públicas voltadas para este contexto, como também divulgação do alfabeto dos surdos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu constatar que os enfermeiros estão fracamente capacitados para atender as crianças com deficiência auditiva, sendo várias as dificuldades encontradas no atendimento dos pacientes com deficiência auditiva, incluindo principalmente a barreira que existe na comunicação enfermeiro-utente. Importa frisar que a formação dos enfermeiros neste domínio de intervenção é urgente, pois diminuiria a exclusão social dos deficientes auditivos. Cabe tanto ao enfermeiro como aos hospitais mostrarem-se atentas a problemática e traçar estratégias para supri-la.

Se os enfermeiros se mobilizarem e conscientizarem que este é um problema que deve ser resolvido para tentar minimizar as dificuldades enfrentadas por essa população, conseguir-se-á a inclusão da criança com deficiência auditiva. Estaremos dando um passo definitivo contra a exclusão, constituindo um motivo para que os hospitais se modernizem a cada dia para atender às exigências deste grupo.

Através deste estudo conclui-se que a comunicação é uma ferramenta importante no cuidado de enfermagem, e se faz presente que haja mudanças necessárias para auxiliar na promoção de um cuidado mais integral e humanizado voltado aos deficientes auditivos, e que a qualidade do cuidado prestado ao utente com deficiência auditiva depende da eficiência do processo de comunicação. Esta comunicação deve ser uma comunicação terapêutica, visto que, o utente deve ser visto como um todo e não somente como uma pessoa com deficiência e o enfermeiro deve desenvolver essa capacidade para que essa comunicação não interfira no atendimento desse utente.

Os profissionais da saúde devem ter uma visão global caracterizada em medidas preventivas, promovendo intervenções precoces com o objectivo de diminuir sequelas comunicativas graves e construir um processo terapêutico adaptado e fundamentado no potencial existente de cada sujeito.

Durante todo o processo de investigação, tanto no campo empírico como durante as entrevistas, pode-se constatar que os enfermeiros tentam fazer o máximo para que as intervenções de enfermagem, sejam as mais adequadas possíveis, criando estratégias que promovam a qualidade do atendimento ao utente, englobando todas as dimensões tanto físicas, psicológicas, familiares e sociais do individuo com vista sempre a inclusão do mesmo, evitando assim que se exclua o utente e para que o tratamento seja efectuado com

vista a recuperação do utente. Apesar dessa preocupação admitem estar pouco preparados para uma abordagem específica aos pacientes com deficiência auditiva.

Encontrou-se algumas dificuldades durante esta investigação nomeadamente a carência de bibliografia sobre o tema em estudo, escassez de dados estatísticos no Hospital Baptista Sousa para enquadrar na justificativa do tema, considerando que é um tema pouco explorado na Saúde de Cabo Verde, mas apesar disso, ficou uma grande satisfação por ter alcançado objectivos do trabalho.

Apesar das várias dificuldades encontradas pela investigadora recomenda-se que outros alunos do curso de enfermagem, bem como enfermeiros realizam trabalhos relacionados com o tema, trazendo mais soluções a problemática exposta.

Chega-se ao fim desta investigação, com grande satisfação com os resultados obtidos, pois muitas experiências e conhecimentos adquiridos nesta pesquisa, que não foram aprendidos aprofundadamente durante o curso, e de maneira gratificante, contribuiu para maior aprendizado profissional e pessoal em relação a enfermagem e o deficiente auditivo.

Propostas

Durante todo o processo de investigação várias são as áreas, em que se encontram lacunas e assim se desenvolvem propostas para tentar solucionar o problema em questão.

- Incluir nas universidades na área da enfermagem, disciplinas ligadas a deficiência de uma forma aprofundada, para estarem capacitados quando ingressarem no mercado de trabalho;
- Proporcionar aos enfermeiros formação na área da deficiência auditiva, e assim capacitá-los para melhorar o atendimento destes utentes;
- Dar formações na língua gestual
- Criar recursos materiais (como brinquedos terapêuticos) e meios necessários como especialistas para estarem nos serviços disponíveis para atenderem esses utentes;
- Promover meios de criação de grupos de apoios para que os pais possam expressar e apoiar-los, no momento do diagnóstico da deficiência do filho;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ BOFF, Leonardo (1999): *Saber Cuidar- Ética do Humano-Compaixão pela Terra*. 12ª Edição Petrópolis Editora Vozes.
- ❖ BOSCOLO, Cibele Cristina; Jardim, Fernanda Valeria de Sousa; Martins, Karin Vanessa de Oliveira; Galdino, Michele Cristina; Gatti, Vivian Izali Cruz de Sousa. *O Deficiente Auditivo em Casa e na Escola*- São José dos Campos: Pulso 2005
- ❖ CARPENITO, Lynda Juall. *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação á Prática Clínica* (1997) – 6ª Edição- Porto Alegre: Artes Médicas
- ❖ CENSO 2000 Instituto Nacional de Estatísticas. (2000). Recenseamento Geral População
- ❖ CRHIS Netto de Brum, Samuel Spiegelberg Zuge, Amanda Netto Brum, Luciana Carrion Carvalho. *Educação Preventiva Com Deficientes Auditivos*: Desafio para Profissionais da Saúde e Educação. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. REAS [Internet]. 2013; 2 (2 Nesp):99-106. ISSN 2317-1154.
- ❖ FORTIN, Marie-Fabienne, (1999), *O processo de investigação: Da Concepção á Realização*, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., Loures -Portugal.
- ❖ FROTA, Silvana e Goldfeld, Márcia (2006), *Enfoques em Audiologia e Surdez: O Ouvir e o Falar*, VOL.3 São Paulo: Editora AM3 Artes
- ❖ GIORDANI, A.T. (2008): *Humanização da Saúde e do Cuidado*, Editora Difusão, São Caetano do Sul, SP.
- ❖ Habitação.
- ❖ HOCKENBERRY J. Marilyn: Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (2006) – 7ª Edição Elsevier Editora Ltda
- ❖ LORITA, Marlena Freitas Pagliuca, Nara Lígia Gregório Fiúza, Cristiana Brasil de Almeida Rebouças. (2007) *Aspectos da Comunicação da Enfermeira com o Deficiente Auditivo*. *Revista Escola Enfermagem USP* 2007; 41(3):411-8. www.ee.usp.br/reeusp/recebido em 13 de Abril de 2006, aprovado em 27 de julho de 2006.
- ❖ MELO TM, Moret AL, Bevilacqua MC (. 2008). *Avaliação da produção de fala em crianças deficientes auditivas usuárias de implante coclear multicanal*. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*; 13(1):45-51.

- ❖ OPPERMAN, S. Cathleen; Cassandra, A. Kathleen (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea: Plano de Cuidados de Enfermagem*; Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ❖ POTTER, Patricia A.; Perry, Anne Griffin. (2003). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição com 700 ilustrações, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ❖ QUIVY, R; Campenhoudt, L. V, (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Ed, Lisboa, Gradiva.
- ❖ VIEIRA, Cheloni B. Andreza; Macedo, Resende Luciana (2007): O Diagnóstico da Perda Auditiva na Infância – Pediatria (São Paulo)
- ❖ WONG, L. Donna; Whaley S. (1998). *Enfermagem Pediátrica- Elementos Essenciais á Intervenção Efectiva*. Quinta Edição. Editora Guanabara Koogan

Refêrencias Legislativas

- ❖ ALMEIDA, da Cruz Geraldo(s/a): *Código Civil Cabo-Verdiano*-2ª Edição. Editor: Imprensa Nacional de Cabo Verde.
- ❖ CONSTITUIÇÃO da República de Cabo Verde, 2ª Revisão Ordinária/2010. Assembleia Nacional, Edição de 2012.
- ❖ LEI 122/V/2000 – Bases Gerais da Prevenção, Reabilitação e Integração das Pessoas
- ❖ Portadoras de Deficiência” (B.O. – SÉRIE I- Número 17 de 12 de Junho de 2000)
- ❖ SILVA, Neves Priscila; Cohen Zelinda; Fortes Zoraida: *Un Mund Pa Nos Tudú- Cartilha sobre a Deficiência, Cabo Verde* (2011) - Edição; Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania Handicap Internacional; Colecção- Cadernos de Cidadania nº 2

APÊNDICE

Requerimento

Exma. Sra. Directora
Hospital Batista de Sousa
Dr. Sandra Vasconcelos

Stefânia Silva Fortes, estudante do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, nº de inscrição 2655, no âmbito do desenvolvimento do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), cujo tema é **Intervenções de enfermagem às Crianças com Deficiência Auditiva**, vem mui respeitosamente requerer a vossa excelência um pedido de autorização para consultar dados na instituição que dirige, também entrevistar os enfermeiros do Serviço de Pediatria da mesma instituição, e recolher informações pertinentes a pesquisa durante os meses de Março a Junho.

Aguardando uma resposta favorável, desejo-lhe os melhores cumprimentos.

Pede deferimento

Mindelo, Fevereiro de 2015

Stefânia Silva Fortes

Guião de Entrevista

Eu, **Stefânia Silva Fortes** aluna n.º 2655 do 4º Ano do Curso de Licenciatura em ENFERMAGEM da UNIVERSIDADE DO MINDELO, a fim de desenvolver o meu Trabalho de Conclusão de Curso, com o Título: Intervenções de Enfermagem às Crianças com Deficiência Auditiva, veio por este meio mui respeitosamente a convidar-la (o) a participar numa entrevista para o trabalho referido que tem como objectivo: descrever as estratégias adoptadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às crianças com deficiência auditiva no serviço de pediatria do HBS; para promover a qualidade de vida dos mesmos, onde pretendo basear em algumas perguntas abertas através da entrevista semiestruturada. Ainda pretendo com esta pesquisa saber a sua experiência como profissional de enfermagem em relação a deficiência auditiva.

A. Caracterização geral

Nome: _____

1. Sexo: Feminino____ Masculino_____

2. Idade: _____Anos

3. Estado civil_____

B. Dados académicos profissionais

1. Possui Bacharelato ou Complemento de Licenciatura?

2. Possui alguma pós-graduação?

3. Quantos anos de formada possui?

C. Funções desempenhadas

6. Desde que se formou sempre trabalhou no HBS?

7. Há quanto tempo trabalha no HBS?

8. Sempre desempenhou a mesma função?

9. Qual a sua função actual?

10. Desde quando executa esta função?

Grupo I- Percepção sobre a Deficiência Auditiva

1. O que entende por deficiência auditiva?
2. Caracterize o seu grau de conhecimento nesta área:
 Excelente_____ Muito Bom_____ Bom _____ Razoável_____
 Suficiente_____ Insuficiente_____
3. Sente-se preparado(a) para lidar e ou atender crianças com deficiência auditiva?
 Justifique a sua resposta.
4. Já participou em alguma formação de capacitação para atendimento de crianças com deficiência auditiva?
5. Na sua opinião quais as medidas necessárias para melhorar o atendimento de enfermagem nessas situações?
6. Acha que a solução desse problema deve partir do enfermeiro ou da instituição onde trabalha?
7. Acha que esse problema é enfrentado somente pelos enfermeiros ou é um problema comum enfrentado por todos os profissionais?

Grupo II- Atendimento de uma criança com Deficiência Auditiva

1. Já atendeu alguma criança com deficiência auditiva? Se sim, quantos? Quais as dificuldades que sentiu?
2. Quais são as estratégias usadas por si na comunicação com crianças com deficiência auditiva?
3. Acha que limitação na comunicação pode influenciar na qualidade do atendimento e na recuperação das crianças com deficiência auditiva? Porquê?
4. Acha que a falta de comunicação pode influenciar na eficácia do tratamento? Isso pode chegar a por em risco a vida de um paciente? Simule ou exemplifique uma situação específica de intervenção e enumere as possíveis complicações que poderiam ocorrer devido a falta de comunicação (enfermeiro-utente).
5. Acha que a limitação na comunicação por parte do utente faz com que alguma informação que seja relevante para o tratamento possa ficar omitida e isso trazer algum dano a sua saúde e influenciar na sua recuperação e reabilitação?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Presado(a) senhor(a),

Eu, Stefânia Silva Fortes, nº2655, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, gostaria de o/a convidar a participar na pesquisa cujo tema é “Intervenções de Enfermagem às Crianças com Deficiência Auditiva”, orientada pela Fonoaudióloga Ema Aracy Oliveira Soares. O objectivo geral da pesquisa é descrever as estratégias adoptadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às crianças com deficiência auditiva no serviço de pediatria do HBS.

A sua participação será realizada através de respostas a entrevista que eu vou- lhe fazer, e neste contexto a sua participação será importante na medida que contribuirá no processo de recolha de informações que serão trabalhadas na pesquisa que se pretende realizar.

Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso a prejudique. Todas as informações serão utilizadas somente nesta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Mindelo, _____ de _____ de 2015

/Nome do entrevistado/

/Nome do entrevistador/

Transcrições das entrevistas

Categoria - Percepção sobre deficiência auditiva

Definição de deficiência auditiva

Câncer-.....*são crianças com dificuldade em ouvir*

Carneiro- *é uma criança com audição diminuída ou incapacidade de ouvir*

Gêmeos-..... *é quando uma criança tem dificuldade em ouvir quando estimulada.*

Touro- *é u problema de audição*

Leão- *é a diminuição da audição ou dificuldade em ouvir*

Sente-se preparado para atender crianças com deficiência auditiva

Câncer -*sim, sendo que são crianças como outra qualquer*

Carneiro - *sim, porque é uma criança em pé de igualdade as outras crianças, só que tem suas limitações ou incapacidades relativamente a audição.*

Gêmeos - *não, porque não tem uma especialização.*

Touro - *não, na medida em que*

Leão - *sim, mas há limitações por causa da falta de comunicação.*

Medidas necessárias para melhorar o atendimento

Câncer - *dar formação aos enfermeiros para capacita-los*

Carneiro - *normalmente são números muito limitados de crianças com deficiência auditiva, e se fosse um numero significativo talvez houvesse necessidade de um enfermeiro especialista na área.*

Gêmeos - *alertar que existe esta situação e fazer protocolos.*

Touro - *a que se ter uma formação para os enfermeiros*

Leão - *criar brinquedos terapêuticos, presença de uma fonoaudiologa nos serviços de urgência.*

Solução desse problema

Câncer, Carneiro e Touro-a solução desse problema deve partir da instituição.

Leão e Gémeos- deve partir da instituição e do enfermeiro.

Estratégias usadas pelos enfermeiros no atendimento

Câncer- As mães que respondem por elas, por causa da falta de comunicação

Touro- Fala-se por meio de sinais, vem acompanhado por uma pessoa que já consegue entender os seus gestos.

Leão-gestual, a mãe é quem responde por ela.

Limitação na comunicação pode influenciar na qualidade do atendimento

Câncer- sim, devido ao medo pelo impacto da hospitalização e a falta de comunicação vai fazer que tudo seja difícil.

Carneiro- sim, porque não é uma comunicação directa vai influenciar.

Gémeos- sim, pois a comunicação é uma das ferramentas importantes em enfermagem, a barreira que existe na comunicação vai dificultar a qualidade do atendimento.

Touro- sim, sendo que sempre que se vai fazer uma intervenção tem que se explicar ao utente o que se vai fazer e devido a falta de comunicação não se vai conseguir.

Leão- sim, porque há barreira na comunicação e a criança não vai entender os procedimentos.

Anexos I



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Ars Vivendi



12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 04 de Novembro de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso


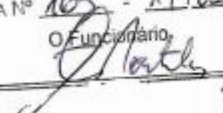
A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

A Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem

UNIVERSIDADE DO MINDELO
HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
RECIBIDA Nº 163 - 19/02/15
O Funcionário


Enf.ª Acelia Mireya Caceres
Universidade do Mindelo
Departamento Escola de Saúde

Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

ANEXO II

Requerimento

- A Comissão de Ética para parecer.
- A Superintendência de Enf. p/ parecer.
e coord. c/ o serviço relacionados. 20/02/15

Exma. Sra. Directora

Hospital Batista de Sousa

Dr. Sandra Vasconcelos

24/02/2015
A Gm. da Ética

Stefânia Silva Fortes, estudante do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, nº de inscrição 2655, no âmbito do desenvolvimento do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), cujo tema é **Intervenções de enfermagem às Crianças com Deficiência Auditiva**, vem mui respeitosamente requerer a vossa excelência um pedido de autorização para consultar dados na instituição que dirige, também entrevistar os enfermeiros do Serviço de Pediatria da mesma instituição, e recolher informações pertinentes a pesquisa durante os meses de Março a Junho.

Aguardando uma resposta favorável, desejo-lhe os melhores cumprimentos.

Atestado.
Superintendência de Enf.
P/ boa avaliação
c/ o encaminhamento.
Mindelo, Fevereiro de 2015

Stefânia Silva Fortes

Stefânia Silva Fortes

Comendamos com
a medida dos dados
para serem utilizados
exclusivamente para
o fim proposto.
20/04/2015

Autorizado pelo
Comissar de Ética.
23/02/15.

